WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

DWUMIESIĘCZNIK WRZESIEŃ — PAŹDZIERNIK

ROK VII 1935 NUMER 5

Doc. dr. KAROL BRAGARD, dyrektor Klin. Ortoped. Uniwersytetu w Monachjum.

BÓLE LĘDŹWIOWE WSKUTEK ZWIOTCZENIA STAWÓW KRZYŻOWO-BIODROWYCH.

(Referat według Münch. Med. Woch. 1933 Nr. 32).

Bóle lędźwiowe mogą powstawać wskutek różnorodnych przyczyn. Dość znaczną grupę tych bólów tworzą choroby narządów wewnętrznych (narządy płciowe, odbytnica, nerki i t. d.), które należą wobec tego pod względem leczniczym do dziedziny chorób wewnętrznych, ginekologji i chirurgji. Druga grupa ma za swe podłoże cierpienia ortopedyczne i głównie choroby kończyn dolnych, miednicy, kręgosłupa i mięśni. Różne odmiany stopy płaskiej również bywają częstą przyczyną bólów lędźwiowych. Myalgja lędźwiowo-krzyżowa powstaje prawie zawsze wskutek stwardnień mięśniowych dolnej części mięśni prostujących grzbietu i pośladków. Lekarz, który przy badaniu takich chorych nie zaniedbuje dokładnego obmacywania odpowiednich mięśni, zawsze z łatwością wykryje stwardnienia, jako właściwą przyczynę bólów. Ból lędźwiowo-krzyżowy, pochodzący z kręgosłupa, może zależeć od zniekształcenia wrodzonego lub nabytego, które rozpoznajemy bez trudności zapomocą badania klinicznego lub rentgenologicznego. Duże trudności diagnostyczne nastręcza nam natomiast rozpoznanie rozszerzenia lub zwiotczenia stawów krzyżowo-biodrowych.

Rozciągnięcie lub zwiotczenie stawów krzyżowo-biodrowych spostrzegamy u ludzi młodych, najczęściej wskutek bezpośredniego lub pośredniego uszkodzenia (upadek, niefortunny skok i t. d.); u kobiet rozluźnienie omawianych stawów następuje zwykle w związku z urazem porodowym; u starców przyczyną zmian jest głównie zniekształcające zapalenie stawów, związane prawie zawsze z przeciążeniem statycznem. Ogólna słabość wiązadeł i mięśni stanowi dość częstą przyczynę sprzyjającą. Do tej grupy należą ponadto bardzo bolesne rozszerzenia stawów krzyżowo-biodrowych, spostrzegane w przypadkach chromania, związanego ze skróceniem jednej nogi albo w przypadkach wadli-

wego ustawienia stawu biodrowego, np. wskutek coxalgji. Choroba może być jednostronna lub dwustronna. Jednostronność jest prawidłem głównie w przypadkach cierpień urazowych. Stawy krzyżowo-biodrowe mogą również być dotknięte zapaleniem „reumatycznem". Rozpoznajemy tę postać chorobową jedynie wtedy, gdy wykrycie i usunięcie ogniska pierwotnego (migdałki, zęby i t. d.) doprowadza do wyleczenia i na tem polega jedyna różnica między zapaleniem „reumatycznem", a zmianami zależnemi od urazu, przeciążenia lub zniszczenia.

Przyczyna anatomiczna bólów polega, podobnie jak i w innych stawach, na podrażnieniu torebki, wiązadeł i sąsiednich mięśni. Do tego dołączają się powoli, w miarę jak zwiększa się kruchość chrząstki stawowej, zmiany warstw podchrząstkowych kości i właściwej okostnej. W przypadkach ciężkich powyższe objawy zniekształcającego zapalenia stawów zjawiają się bardzo wcześnie, w przypadkach natomiast nieznacznego zwiotczenia stawów cierpienie postępuje bardzo wolno. W przypadkach urazowego zwiotczenia zniszczenie stawu jest objawem wtórnym, podczas gdy u starców to samo zjawisko odbywa się na podłożu zniekształcającego zapalenia stawów.

Należy myśleć o chorobie stawu krzyżowo-biodrowego wtedy, gdy podczas zbierania wywiadów dowiadujemy się, że bóle krzyżowo-lędźwiowe, umiejscowione w obrębie stawu krzyżowo-biodrowego, zjawiły się w związku z urazem, porodem lub przeciążeniem i zmieniają się podczas zmiany pozycji. Podejrzenie o tej chorobie powinno się narzucać zwłaszcza wtedy, gdy chorzy skarżą się, że odczuwają bóle przy nachylaniu się, że nie mogą długo siedzieć, że cierpią przy obracaniu się w łóżku lub gdy śpią na boku. Należy następnie myśleć o tem cierpieniu, gdy fałszywe ruchy lub wysiłki wywołują nagłe napady bólów lędźwiowo-krzyżowych. Mimo to ścisłe rozpoznanie nie należy bynajmniej do zadań łatwych i staje się szczególnie trudnem zwłaszcza w przypadkach psychozy na tle dążenia do uzyskania renty lub u osób, które nie obserwują się w sposób dostateczny. Badanie rentgenowskie przeważnie zupełnie zawodzi i nie daje punktów oparcia dla rozpoznania różniczkowego. Niewielkie nierówności dolnego brzegu stawowego stwierdza się często na zdjęciach rentgenowskich u ludzi zdrowych i naodwrót, ludzie chorzy mogą mieć zupełnie prawidłowe rentgenogramy. Jedynie poważniejsze zmiany brzegów i powierzchni stawowych można uważać za dostateczny dowód, upoważniający do wyciągnięcia dalej idących wniosków. Widzimy więc, że musimy się opierać prawie wyłącznie na badaniu klinicznem. Wobec tego zaś, że staw jest położony bardzo głęboko, zdala od wzroku i zdala od palca, który usiłowałby go wyczuć, badanie nie jest łatwe. Przy badaniu stawu krzyżowo-biodrowego mamy do dyspozycji pięć metod: badanie bólu uciskowego, ograniczenie ruchów stawowych, szmer tarcia, odczyny wysiłkowe i zmiany mięśniowe.

B ó l e m u c i s k o w y m nazywamy ból wywołany uciskiem między tylnym brzegiem kości biodrowej i kością krzyżową. Palec wgniata poprzez mię-

śnie górne i tylne wiązadła stawu. Ponadto czasami udaje się zapomocą badania per rectum lub per vaginam stwierdzić wrażliwość wielkiego i małego wiązadła kulszowego.

O g r a n i c z e n i e r u c h ó w t u ł o w i a przypomina sztywność mięśni lędźwiowych (lumbago) innego pochodzenia (zwichnięcie, zapalenie stawów lędźwiowej części kręgosłupa, reumatyzm mięśniowy). Stwierdzenie ograniczenia ruchów jest jednak objawem wieloznacznym i nie można się na nim opierać przy rozpoznawaniu różniczkowem.

S z m e r t a r c i a, wysłuchiwany podczas ruchów, dowodzi z pewnością zwiotczenia stawu. Ta część badania jest wobec tego najważniejsza i to tembardziej, że tarcie stawowe bywa najróżnorodniejszego natężenia, zaczynając od lekkiego trzeszczenia i kończąc na bardzo silnych zjawiskach wysłuchowych. Szmery tarcia, czy to słabe, czy mocne, najlepiej wywoływać zapomocą określonych ruchów czynnych: zginania tułowia, zginania kolan w ułożeniu na plecach, chodzenia na miejscu, ruchów obrotowych miednicy i t. d. Szmery tarcia, w zależności od ich natężenia, można wysłuchiwać bądź to stetoskopem, bądź wyczuć tarcie nawet dotykowo.

C z w a r t a m e t o d a badania polega na wywoływaniu bólów w obrębie spojenia krzyżowo-biodrowego na drodze obciążania stawów zapomocą czynnych i biernych ruchów nóg i tułowia. Autor oddaje pierwszeństwo obciążaniu kończyn dolnych.

Ostatnia wreszcie metoda polega na wyszukiwaniu s t w a r d n i e ń m i ę ś n i o w y c h, zwanych myogelozami.

Wyniki badania stawów mają wielki wpływ na dobór odpowiedniego sposobu leczenia. W przypadkach świeżych lub przy ostrych nawrotach autor stosuje opatrunek z przylepca. U chorych z delikatną skórą bandaż taki pozostawiamy na miejscu w ciągu jednego lub dwóch tygodni i w razie potrzeby nakładamy go powtórnie. Dzięki takiemu bandażowi i przestrzeganiu koniecznych ostrożności (chory powinien unikać nachylania się, dłuższego siedzenia, chodzenia, krótko mówiąc, wszelkich wysiłków) bóle zwykle szybko znikają. Często się jednak zdarza, że zwiotczenie stawu utrzymuje się, pomimo założonego bandaża, bez zmiany; zachodzi wówczas potrzeba zastosowania mocniejszego i ściślejszego opatrunku, aby dostarczyć wiązadłom miednicy równoważnik trwałości, którą utraciły. W przypadkach lekkich wystarczyć może gorset z fiszbinów, pod warunkiem, że będzie on sięgał aż do krętarzy. W przypadkach daleko posuniętego zniszczenia stawów zaleca się opaski *Hoffy* lub jeszcze lepiej pas *Jungmanna*. Jeżeli mamy do czynienia z chorymi, których okolica krzyżowa jest bardzo zapadnięta, a brzuch zwisający, wówczas odpowiedniejszym jest bandaż *Hohmanna*. Te przyrządy pomocnicze, które należy zasadniczo wytwarzać według modelu gipsowego, sprawiają choremu ulgę i przyczyniają się nierzadko nawet do natychmiastowego ustąpienia bólów.

Jeżeli zapomocą wymienionych sposobów nie udaje się nam dostatecznie uśmierzyć dolegliwości, należy się wówczas zwrócić do fizykalnych metod leczenia i masaży. Gorące powietrze wywołuje przekrwienie skóry i powierzchownych warstw miękkich i sprawia w ten sposób pewną ulgę. Diatermja o wielkich falach nie daje zwykle żadnych wyników, gdyż głęboko położony staw krzyżowo-biodrowy jest mało dostępny dla prądu. Leczenie promieniami Rentgena, które autor stosował wyłącznie u mężczyzn, nie dawało żadnych trwałych wyników. Często chorzy odczuwają wielką ulgę pod wpływem środków drażniących skórę, jak np. kataplazmów gorczycowych, a zwłaszcza jontoforezy histaminowej. Autor łączy leczenie fizykalne z masażami stwardnień mięśniowych.

Gimnastyka wydawałaby się na pierwszy rzut oka postępowaniem bezpośrednio szkodliwem, gdyż mogłaby ewentualnie przyczyniać się do zwiększenia wiotkości osłabionych torebek i wiązadeł stawowych. Jednakże w przypadkach, przebiegających bez żadnego ograniczenia ruchów, gimnastyka, zastosowana odpowiednio, przedstawia bardzo dobry sposób wyrównania zwiotczenia i rozluźnienia stawów. Przed leczeniem fizykalnem i masażem autor stosuje w przypadkach uporczywych bólów ćwiczenia bierne trwające 15 — 20 minut, które mają na celu osiągnięcie umiarkowanego rozciągnięcia stawów krzyżowo-biodrowych. Rozciągnięcie stawów, jak to wykazały wykonane na zwierzętach doświadczenia *Bayera*, wywołuje przekrwienie torebki. Ćwiczenia gimnastyczne należy jednak wykonywać z jaknajwiększą ostrożnością. Rozciąganie obu stawów krzyżowych zapomocą ciężarów jest metodą stosunkowo łagodną. Rozciągania trwające po 10 minut i polegające na obciążaniu każdej nogi ciężarem 20 kg łączymy z następczem stosowaniem gorącego powietrza i masażu.

Gimnastyka czynna polega, mówiąc ogólnie, na ćwiczeniach mięśni nóg i pośladków; chory powinien przytem leżeć na brzuchu. Gimnastyka ta jest właściwa jedynie w przypadkach, w których ruchomość tułowia jest zupełna lub prawie zupełna. Należy ją wykonywać ostrożnie i pod kontrolą lekarską.

Autor jest zwolennikiem leczenia wyłącznie zachowawczego, które dawało mu zawsze pomyślne wyniki. Spostrzeżenia jego dotyczą kilkuset pacjentów, przyczem wobec stale osiąganej poprawy ani jeden chory nie zgodził się na operację utrwalania stawów krzyżowo-biodrowych, którą wykonywują tak często w Stanach Zjednoczonych.

Dr. JÓZEF TYPOGRAF, (Warszawa).

O LECZENIU FARMAKOLOGICZNEM PRZEWLEKŁEJ NIEDOMOGI SERCA.

(Referat według Warsz. Czas. Lek. 1935, Nr. 5).

Pierwszym i zasadniczym warunkiem leczenia sercowo chorych jest konieczność współczesnego stosowania całego zespołu odpowiednio dobranych środków lekarskich i zabiegów leczniczych, mających na celu sprawienie możliwie największej ulgi wyczerpanemu sercu. Każdy z tych leków lub zabiegów zosobna nie jest częstokroć w stanie wzmocnić krążenia i dopiero synergetyczne ich działanie umożliwia osiągnięcie pożądanych wyników. Leczenie ciężko chorego na serce można przeprowadzić konsekwentnie i na właściwych podstawach jedynie wtedy, gdy się ma możność zapewnienia choremu odpowiedniej opieki pielęgniarskiej oraz spokoju zewnętrznego; ponadto konieczna jest ścisła obserwacja chorego i stałe dokładne badanie nietylko tętna i oddechu, ale również dobowej ilości moczu, wagi chorego i ciśnienia krwi, które umożliwiają należyte postępowanie lecznicze. Wszystko to da się ze względną łatwością i bez większych kosztów przeprowadzić nawet w przeciętnych warunkach domowych. W warunkach zaś nieodpowiednich należy bezwzględnie umieścić chorego w szpitalu.

Jeszcze nie tak dawno przepisy kardjologa były dość monotonne i kończyły się przeważnie na zalecaniu naparstnicy. W ciągu ostatnich lat leczenie farmakologiczne chorób serca uległo dużym zmianom i to nietylko dlatego, że arsenał środków leczniczych przy chorobach serca powiększył się znacznie, lecz że szczegółowa analiza objawów chorobowych przyczyniła się do dokładniejszego poznania patologji serca i umożliwiła ściślejsze ustalenie wskazań do stosowania poszczególnych leków. Obecnie dla sposobów postępowania leczniczego można ułożyć łagodnie stopniowaną linję równoległą do natężenia zaburzeń chorobowych, na której krańcach, jeśli idzie o leki farmaceutyczne, można umieścić niewinne krople walerjanowe lub im podobne oraz zespół strofantyny z salirganem i chlorkiem amonu.

Sztuki leczenia można się nauczyć jedynie na podstawie własnego doświadczenia i krytycznej obserwacji działania różnych leków na różne stany chorobowe. Umiejętność leczenia polega właśnie na dobraniu środka o sile leczniczej, możliwie najbardziej odpowiedniej dla danego przypadku i danej chwili. Nierzadko jednak zdarzają się zarówno przypadki, w których przy objawach stosunkowo łagodnych stosuje się całą ciężką artylerję naszego arsenału nasercowego, jak i przypadki ciężkie, w których traci się napróżno drogocenny czas na podawanie leków zbyt słabych. Zastosowanie właściwego leczenia pozwala często na przywrócenie wyrównania nawet w przypadkach bardzo ciężkich. Często przypadki pozornie najcięższe okazują się najwdzięczniejsze i idzie tu więcej

niż w jakiejkolwiek innej chorobie o terapję prawidłowo uzasadnioną i świadomie dostosowaną do celu.

Poza leczeniem ściśle lekarstwowem do zespołu terapji serca należą: właściwe zachowanie się chorego pod względem trybu życia, odpowiednia dieta, a zwłaszcza ścisłe ograniczenie ilości przyjmowanych płynów i soli, stosowanie środków czyszczących oraz obfity, powtarzany w miarę potrzeby, upust krwi (300 — 500 cm^3).

Z trzech najważniejszych dokładnie przez autora opisanych okresów terapeutycznych (okres stosowania naparstnicy w postaci doustnej, w czopkach i w wstrzykiwaniach, okres stosowania rtęciowych środków moczopędnych i wreszcie okres ouabainy lub strofantyny) przytoczymy tu w streszczeniu opis leczenia stanów obrzękowych zapomocą wstrzykiwań Salyrganu.

W przypadkach obrzęków bardzo znacznych lub opierających się leczeniu naparstnicowemu wstrzykujemy domięśniowo lub dożylnie Salyrgan. Wstrzykiwania Salyrganu (po 1 — 2 cm^3) powtarzane co 2 — 3 dni są prawie zawsze w stanie usunąć całkowicie nawet największe obrzęki. Często się zdarza, że odwodniony zapomocą Salyrganu ustrój znowu reaguje na łagodniejsze leki moczopędne lub nasercowe, na które uprzednio nie reagował. Salyrgan jest związkiem bardzo mało toksycznym i można go stosować dowolnie długo bez obawy szkodliwego wpływu rtęci. Nawet przy długotrwałem i częstem stosowaniu Salyrgan nie powoduje przyzwyczajenia i siła jego działania nie zmniejsza się z biegiem czasu, tak, że nie zachodzi potrzeba zwiększania dawki. Osobiście spostrzegałem przypadek bardzo znacznych obrzęków zastoinowych, w którym w ciągu prawie 2 lat dokonałem około 150 wstrzykiwań Salyrganu z zawsze jednakowo pomyślnym wynikiem moczopędnym, przyczem pomimo bardzo dużego białkomoczu (do 9‰) ani razu nie wystąpiły żadne objawy szkodliwego działania ubocznego. U jednej chorej ze znaczną skłonnością do obrzęków na tle podwójnej wady serca, niereagującej wcale na żadne środki moczopędne i nasercowe, jedynie Salyrgan wywołuje zawsze obfitą diurezę, pomimo, że go stosuję już przeszło od 5 lat regularnie co 2 — 3 tygodnie. Chora ta jest właściwie sztucznie utrzymywana przy życiu, czuje się jednak bardzo dobrze i zajmuje się gospodarstwem domowem.

Głównem przeciwwskazaniem do stosowania Salyrganu są jedynie stany zapalne nerek oraz znaczne charłactwo ogólne. Nefroza zaś i nefroskleroza pozwalają na stosowanie Salyrganu. Nerka zastoinowa nawet z obecnością białka, wałeczków i erytrocytów również pozwala na wstrzykiwania Salyrganu, przyczem Salyrgan nie powoduje naogół zwiększenia się ilości białka, krwinek lub wałeczków. Salyrgan pomimo znacznej siły swego działania moczopędnego jest lekiem niewinnym i w przypadkach obrzęków na tle niedomogi sercowej można go stosować bez żadnej obawy. Przypadki zatrucia rtęcią po Salyrganie należą do wyjątkowej rzadkości i z praktycznego punktu widzenia prawie wcale nie wchodzą w rachubę.

W przypadkach niereagujących wcale na Salyrgan, lub reagujących zbyt słabo, jesteśmy odniedawna w stanie znakomicie spotęgować jego działanie moczopędne przez jednoczesne podawanie do wewnątrz chlorku amonu. Doustne podawanie tego związku zwiększa działanie moczopędne pozajelitowo stosowanego Salyrganu o 20 do 100%. Chorzy oporni na działanie preparatu mogą pod wpływem chlorku amonu doskonale na Salyrgan zareagować. Chlorek amonu w roztworze ma smak bardzo przykry i dlatego chorzy zwykle nie chcą go przyjmować. Stosunkowo najlepiej podawać go w postaci *mixtura solvens*, którą chorzy znoszą naogół dość dobrze (*Amonii chlorati* 16,0, *succus liquiritiae* 12,0, *Aquae fontis ad* 200,0. S. 5 razy dziennie po łyżce stołowej po jedzeniu). Można go również podawać w opłatkach po 0,5 g 4 razy dziennie po 2 — 3 opłatki. Chlorek amonu należy podawać w dniu poprzedzającym zastrzyknięcie i w dniu wstrzyknięcia w dawce dobowej około 4 — 6 g. O ile przy stosowaniu samego Salyrganu diureza przy wstrzykiwaniu dożylnem jest zwykle większa niż przy wstrzykiwaniu domięśniowem, to przy stosowaniu Salyrganu łącznie z chlorkiem amonu zachodzą stosunki odwrotne: diureza po wstrzyknięciu domięśniowem jest większa niż po dożylnem. Dla uniknięcia bólu po zastrzyknięciu domięśniowem wskazane jest wstrzyknięcie jednocześne (w jednej strzykawce) Novocainy (0,02). Uzupełnienie terapji salyrganowej przez jednoczesne podawanie bromku lub chlorku amonu sprawiło, że Salyrgan przy właściwem wskazaniu nie zawodzi prawie nigdy i że jesteśmy przy jego pomocy zawsze w stanie całkowicie odwodnić w krótkim czasie najbardziej nawet obrzękniętych chorych. W przypadkach obrzęków, w których Salyrgan nie działa, nie pomagają również i inne środki, a nawet założenie skaryfikatorów okazuje się bezskuteczne i chorzy tacy, jak to miałem kilkakrotnie możność obserwować, zwykle już prędko giną.

Nonsensem byłoby, oczywiście, mówić na podstawie doskonałego moczopędnego działania Salyrganu na sercowo chorych o Salyrganie jako o środku nasercowym. Leczenie Salyrganem jest postępowaniem czysto objawowem i nie wolno w związku z tem zaniedbywać leczenia wzmacniającego serce. Przejście do energicznej dożylnej terapji naparstnicowo-salyrganowej wcale nie wyklucza prób powrotu do łagodniejszej terapji *per os* lub *per rectum*.

Dr. G. ENSBRUNER, asystent kliniki.

LECZENIE KIŁY SOLU-SALVARSANEM.

Z kliniki dermatologicznej w Gracu. Dyrektor: prof. dr. R. Matzenauer.

(Referat według Dermatologische Zeitschrift, tom 65, 1932).

Zasadniczym warunkiem równomiernego wchłaniania preparatu salvarsanowego, przeznaczonego do wstrzykiwań domięśniowych, jest zupełny brak odczynu miejscowego. Silniejsze objawy podrażnienia mogłyby utrzymywać arsen przez dłuższy czas w miejscu wstrzyknięcia (*Scholz:* do 7 tygodni) i spra-

wić, że wchłanianie odbywałoby się nierównomiernie, co groziłoby niebezpieczeństwem kumulacji i przedawkowania. Od preparatu przeznaczonego do wstrzykiwań domięśniowych należy wobec tego żądać, aby jego miejscowa tolerancja była jaknajlepsza. Solu-Salvarsan odpowiada, jak się okazuje, temu warunkowi. Solu - Salvarsan wstrzykuje się dwa razy tygodniowo, ściśle domięśniowo, do zewnętrznych górnych kwadrantów mięśni pośladkowych.

Pierwsza dawka wynosiła zawsze 2 cm^3, każda następna 3 cm^3. Przeciętna dawka ogólna 32 cm^3, co odpowiada 11 wstrzykiwaniom; czas kuracji wynosił wobec tego 5 i pół tygodnia. Dawkowanie to dotyczyło zarówno mężczyzn jak i kobiet. Dla uniknięcia podwójnego obciążenia mięśni wstrzykiwaniami i utrzymania przeznaczonych do wstrzykiwań mięśni pośladkowych w stanie możliwie prawidłowym i zdolnym do wchłaniania, kombinowano leczenie wcieraniem maści rtęciowej. Dawkowanie: 6 razy po 5 wcierań à 3 g = 90 g. Leczenie rtęciowe rozpoczynano w kilka dni po pierwszem wstrzyknięciu Solu - Salvarsanu, co umożliwiało krótką obserwację działania samego Solu - Salvarsanu. W kilku przypadkach stosowano zamiast wcierań Decoct. Sarsaparillae według przepisu *Zittmanna*.

Dotychczasowy materjał kliniczny składał się z 30 chorych kiłowych z następującemi obrazami chorobowemi: 3 owrzodzenia pierwotne, 4 wysypki plamiste, 2 wysypki plamisto-grudkowe, 11 syfilidów grudkowych (z objawami ze strony błon śluzowych i bez tych objawów), 1 kiła złośliwa, 7 przypadków kiły utajonej o różnym czasie trwania choroby, 2 kilaki, 4 przypadki kiły układu nerwowego, 1 przypadek kiły wrodzonej (u dorosłego).

Jako przykłady działania Solu - Salvarsanu przytoczymy tu kilka historyj chorób, przyczem podajemy tu znacznie więcej przypadków z objawami ubocznemi, niżby to odpowiadało istotnemu stosunkowi do ilości przypadków przebiegających zupełnie bez wszelkiego ubocznego odczynu.

Przypadek 1. S. F. Mężczyzna, lat 25. Owrzodzenie pierwotne. Lymphadenit. ing: sin. dext. incip. Typ leptosomiczny. Stan odżywiania średni. Krew: Wassermann +++, Meinicke +++, MKl. +++, MB. +++. Płyn mózgowo-rdzeniowy: odczyny Wassermanna, globulinowy i koloidowy ujemne. Leczenie kombinowane: Solu - Salvarsan — dawka ogólna 32 cm^3 + wcierki rtęciowe — dawka ogólna 90 g. Po 5 cm^3 Solu-Salvarsanu owrzodzenie pierwotne pokrywą się naskórkiem, po 11 cm^3 znika zupełnie. Odczyny surowicze po 5 wstrzyknięciach = 18 dniach słabo dodatnie. Pod koniec leczenia odczyny ujemne. Dobra tolerancja, ani gorączki, ani odczynu miejscowego. Przybytek na wadze.

Przypadek 2. S. H. Mężczyzna, lat 30. Wzniesione grudki wokół odbytnicy. Wassermann +++, MT. +++, MKl. +++, MB. +++. Płyn mózgowo-rdzeniowy: Wassermann ujemny, odczyn globulinowy ujemny, odczyn koloidowy słabo dodatni. Komórki 15—3. Tbc. fibrosa. Dolegliwości związane ze zrostami po przebytem gruźliczem zapaleniu otrzewnej. Typ asteniczno-neurasteniczny. (Pierwsza kuracja). Wcieranie rtęci + Solu-Salv. Dawka ogólna 90 g maści rtęciowej + 29 cm^3 Solu-Salv. Grudki zasychają po 5 cm^3 (po 8 dniach). Po pierwszem wstrzyknięciu gorączka do 38°, pozatem tolerancja dobra. Płuca bez zmian. Przybytek na wadze. Odczyny surowicze pod koniec pierwszej kuracji: Wassermann (+), MT. +, M. Kl. +, MB. +.

Przypadek 3. P. K. Mężczyzna, lat 28. Wrzodziejące grudki na prąciu. Przed 3 miesiącami owrzodzenie pierwotne. Leczenie kombinowane Neosalvarsanem i bizmutem. Poprzednio dodatni odczyn surowiczy, następnie ujemny. Stan obecny: Wassermann ++ MT. ++, MKl. ++, MB. +. Odczyn w płynie mózgowo-rdzeniowym ujemny. Stosunkowo wyrów-



nana stenoza mitralna. Stan ogólny zły. Wcieranie rtęci + 29 cm^3 Solu-Salv. + 0,45 Neosalv. Neosalvarsan zastosowano jeden raz, gdyż pacjent po wstrzyknięciu domięśniowem Solu-Salv. skarżył się na bicie serca. Neosalvarsan nie sprawił żadnych zmian. Krążenie krwi przedmiotowo wyrównane. Po trzeciem wstrzyknięciu grudki goją się szybko. Wynik końcowy: odczyny surowicze słabo dodatnie.

Przypadek 4. Pani St. M., lat 23. Kiła II. Nawracająca wysypka plamista. Grudki w otoczeniu narządów płciowych. Wassermann + MT. + MKl. + BM. +. Płyn mózgowo-rdzeniowy: Wassermann ujemny, odczyny globulinowy i koloidowy ujemne, jedynie Goldsol 112321 100. Pierwsza kuracja. Po trzeciem wstrzyknięciu Solu-Salv. gorączka do 39,8° mdłości, bóle głowy. Następnego dnia wysypka drobnoplamista, rozlane zaczerwienienie i obrzmienie twarzy. Wobec tego, że roztwór Solu-Salv. 1 : 100.000 dał silny odczyn śródskórny, tolerancja zaś śródskórna Neosalv. okazała się dobra, zastosowano po 7-dniowej przerwie ostrożne wstrzyknięcie Neosalvarsanu w cukrze gronowym. Objawy skórne, które przyjęły tymczasem gruboplamisty charakter rumieniowy, nie wykazały przytem silniejszych zmian. Stan ogólny dobry. Eozynochłonne 10%, jednojądrzaste 14%. W 3 tygodnie po pierwszem wstrzyknięciu Solu-Salv. dokonano próby śródskórnej, która dała wynik ujemny. (Odczulenie przez alergenowy odczyn ogólny). W związku z tem powrócono do wstrzykiwań Solu-Salv., które chora tym razem znosiła zupełnie dobrze. Pacjentka znajduje się jeszcze w leczeniu.

Przypadek 5. B. V., mężczyzna, lat 25. Kiła wrodzona. Pozostałości po miąższowem zapaleniu rogówki. Duży ubytek podniebienia i szczęki po kilaku. Źrenice niejednakowej wielkości jednakże bez odczynów patologicznych. Pozatem badanie neurologiczne i narządów wewnętrznych żadnych zmian chorobowych nie wykrywa. Wassermann +++, MT. +++ MKl. +++ MB. +++. Odczyny w płynie mózgowo-rdzeniowym ujemne. Pomimo 4 kuracyj dużemi dawkami Neosalvarsanu odczyny surowicze ciągle pozostawały dodatnie. Zastosowano kombinowane leczenie wcieraniami rtęci i domięśniowemi wstrzykiwaniami Solu-Salv. (29 cm^3). Odczyny końcowe: Wassermann ++ MT. ++ MKl. ++ MB. ++.

Kilkakrotnie następnego dnia po wstrzyknięciu stwierdzano niebolesne obrzmienie bez nacieczenia.

Właściwym probierzem skuteczności nowego preparatu przy spostrzeżeniach obejmujących zaledwie jedną kurację może być przedewszystkiem zachowanie się krętków bladych i wykwitów kiłowych. Otóż krętki w owrzodzeniach pierwotnych znikały zawsze w sposób niezawodny w ciągu 72 godzin po pierwszem wstrzyknięciu (2 cm^3). Wszystkie objawy skórne i ze strony błon śluzowych cofały się szybko. Owrzodzenia pierwotne pokrywały się naskórkiem po 2 wstrzykiwaniach (5 cm^3). Wysypki plamiste znikają po 7—8 dniach, zmiany na błonach śluzowych ustępują w ciągu 2—4 dni po pierwszem lub drugiem wstrzyknięciu. Grudki wysychają mniej więcej po 8 dniach i spłaszczają się wyraźnie po 3—4 wstrzyknięciach (8—11 cm^3 = 10—14 dniom).

Jest jeszcze zbyt wcześnie, aby można było wypowiedzieć ostateczną opinję o wpływie Solu-Salv. na odczyny surowicze. Podczas kuracji i po zakończeniu kuracji nie można było stwierdzić, aby Solu-Salv. działał na odczyny surowicze szybciej niż Neosalvarsan.

Przypadki z ujemnemi odczynami pozostawały takiemi również po zakończeniu kuracji. Prawie we wszystkich przypadkach stwierdzono wpływ w znaczeniu słabnięcia odczynu dodatniego. W pewnej części przypadków odczyn stawał się zupełnie ujemny.

Pozatem należy się spodziewać — zwłaszcza przy stosowaniu domięśniowem — że działanie następcze na odczyn surowiczy okaże się pomyślne. *Bezecny* omawia 10 przypadków, w których zbadano odczyny surowicze przed leczeniem i po leczeniu; otóż w 8 z tych przypadków podczas kontroli dokonanej w czasie od 6 tygodni do 4 miesięcy po kuracji Solu-Salvarsanem stwierdzono, że odczyn zmienił się na ujemny. W związku z tem również i u pacjentów *Ensbruner'a*, u których odczyn Wassermanna pozostał dodatni, możnaby oczekiwać przemiany tego odczynu na ujemny, jako skutek późnego działania kuracji Solu-Salvarsanem. Żadnych danych podać jednak nie można, gdyż pacjenci zamówieni do kontroli nie zgłosili się.

Co się tyczy miejscowej i ogólnej tolerancji Solu-Salvarsanu, to należy ją określić jako dobrą. W kilku przypadkach chorzy skarżyli się na niewielkie bóle, które nie przekraczały jednak znośnych granic. Przedmiotowo stwierdzono w 4 przypadkach nazajutrz po wstrzyknięciu nieznaczne miękkie obrzmienie. Nacieczeń pomimo starannej kontroli nie wykryto ani razu. Przeważająca większość chorych, wśród nich również i wrażliwe kobiety, wogóle nie skarżyła się na żadne dolegliwości miejscowe, co wyróżnia korzystnie nowy preparat i zapewnia mu znaczną przewagę nad Myo-Salvarsanem. Niewielkie podniesienia ciepłoty, wahające się w granicach stanu podgorączkowego, stwierdzono kilka razy tylko po pierwszych wstrzykiwaniach. Stan ogólny chorych, nawet w przypadkach reagujących gorączką, nie uległ żadnemu pogorszeniu. Jedynie w 3 przypadkach z utajonemi sprawami gruźliczemi ciepłota przekroczyła 38°.

Z innych przejawów działania ubocznego należy tu jeszcze wymienić: bicie serca po wstrzyknięciu przy przedmiotowo niezmienionem krążeniu i utrzymywanie się nadal dolegliwości po próbnem zastąpieniu Solu-Salvarsanu przez Neosalvarsan u jednego chorego ze stenozą mitralną oraz wrażenie gorąca i obfite pocenie się w przypadku Nr. 10.

Z pośród 7 leczonych wysypek kiłowych w jednym przypadku powstał lekki odczyn *Herxheimera.* Objawy w przypadku Nr. 4 rozpoczęły się coprawda gwałtownie, okazały się jednak w istocie łagodnemi, tak że po krótkiej przerwie można było leczenie dokończyć bez przeszkód.

Prawie u wszystkich chorych stwierdzono zwiększenie się wagi.

Badania czynności narządów wewnętrznych, a zwłaszcza nerek i wątroby, nie wykazały żadnych objawów ubocznego szkodliwego działania Solu-Salvarsanu, ew. zaś istniejące już zaburzenia (wątroby) nie ulegały podczas kuracji żadnemu pogorszeniu.

Dr. M. BARTH. Norymberga.

W SPRAWIE LECZENIA CHORÓB Z ZAZIĘBIENIA.

(Referat według Therap. d. Ggwt. 1934. Nr. 11).

Autor leczy wszystkie choroby z zaziębienia, przebiegające z gorączką, oraz anginy, zapomocą Gardanu, znanego środka przeciwgorączkowego, przeciwzapalnego i przeciwbólowego. Dawka przeciętna wynosiła 3 razy dziennie po jednej tabletce; wieczorem autor zalecał zażywać ew. 2 tabletki naraz.

Przy chorobach z zaziębienia spostrzeganych w ciągu ostatnich lat podczas epidemji grypy i przebiegających nierzadko z wysoką gorączką, Gardan w znakomitej większości przypadków bardzo szybko obniżał ciepłotę nie wywołując przytem obfitych i przykrych potów, jakie występują zwykle np. po zażywaniu większych dawek preparatów salicylowych. W przypadkach rozpoczynającej się grypy autor obserwował wielokrotnie, że zażycie przed snem 2-ch tabletek Gardanu — najlepiej w gorącej herbacie — przerywało przebieg choroby w sposób poronny.

Gardan oddaje nam cenne usługi lecznicze również przy anginach, gdyż okazało się, że duże dawki tego preparatu zawsze wpływają bardzo pomyślnie na przebieg sprawy zapalnej w gardle. Zarówno przy anginach, jak i przedewszystkiem przy leczeniu schorzeń reumatycznych ujawnia się oprócz działania przeciwzapalnego również i składnik przeciwbólowy, zawarty w Gardanie pod postacią powszechnie znanej Novalginy. Novalgina, jako czynnik przeciwbólowy, posiada szczególnie duże znaczenie zwłaszcza u pacjentów, którzy pomimo choroby nie przerywają swej pracy zawodowej, gdyż lek nie wywołuje żadnych objawów zmęczenia.

Na podstawie swych spostrzeżeń autor dochodzi do wniosku, że przy leczeniu reumatyzmu, angin i gorączkowych chorób z zaziębienia, Gardan wyróżnia się swem niezwykle pomyślnem działaniem leczniczem i doskonałą tolerancją i powinien wobec tego w terapji wymienionych chorób zająć szczególnie uprzywilejowane miejsce.

Dr. W. HEYDE, Klin. chor. umysłowych i nerwowych Uniw. w Würzburgu.

O DZIAŁANIU PROMINALU I LUMINALU W PRZYPADKACH CIĘŻKICH SCHORZEŃ EPILEPTYCZNYCH.

(Referat według Klin. Wschr. 1932, Nr. 45).

Autor zdaje sprawę z wyników stosowania nowego środka przeciwpadaczkowego, Prominalu. Spostrzeżenia autora dotyczą 12 ciężko chorych epileptyków, którzy już od długiego czasu pozostawali bez żadnego leczenia na przeznaczonej specjalnie dla chorych padaczkowych prebendzie Szpitala Juljańskiego. Prominal (etylofenylo-N-metylo-malonylomocznik) stosowano w 3-ch

dawkowaniach: po 0,1, 0,15 i 0,2 g dziennie. Tymże pacjentom podawano dla porównania również i Luminal. Między okresami leczenia Prominalem i Luminalem zarządzano czteromiesięczne przerwy, podczas których chorzy żadnych leków nie otrzymywali; przerwy między leczeniem różnemi dawkami Prominalu trwały 2 względnie 2½ miesiąca. Prominalu nie podawano odrazu w pełnej dawce dobowej, lecz zwiększano ją stopniowo w ciągu 2—3 dni. Mimo to u niektórych pacjentów, zwłaszcza przy dawce 0,2 g, stwierdzano w pierwszych dniach leczenia częstsze występowanie napadów. Autor uważa, że częstsze występowanie napadów jednocześnie z zapoczątkowaniem leczenia nie jest bynajmniej zjawiskiem przypadkowem i wyciąga z tego wniosek, że stopniowe zwiększanie dawki Prominalu powinno być jeszcze wolniejsze. Prominal podawano rano naczczo przed pierwszem śniadaniem i wieczorem po kolacji. Dzięki Prominalowi udało się bardzo wydatnie zmniejszyć częstość napadów. W większości przypadków liczba napadów była mniejsza niż w stosunkowo najlepszym okresie czasu, gdy chorzy pozostawali bez leczenia. Liczbowe wyniki leczenia okazałyby się jeszcze lepsze, gdyby nie pierwsze dni, podczas których napady chwilowo występowały częściej. Na podstawie porównania z wynikami stosowania Luminalu autor uważa, że z punktu widzenia swego działania przeciwpadaczkowego Prominal nie ustępuje pod żadnym względem Luminalowi. Uwzględniwszy zaś zupełny brak wszelkich objawów działania ubocznego, należy Prominal uznać za bardziej wartościowy od Luminalu środek przeciwepileptyczny. Czterej pacjenci np. reagowali na Luminal stanami tak znacznego odurzenia i otępienia, że po kilku dniach trzeba było zaniechać podawania tego preparatu. Również i pozostali chorzy stawali się pod wpływem Luminalu tak apatyczni i senni, że w przeciwieństwie do swego zwykłego stanu (t. zn. bez wszelkiego leczenia) nie mogli wcale zajmować się swą pracą, albo wykonywali ją z wielkim trudem. Podczas leczenia natomiast Prominalem (również i przy najwyższem dawkowaniu) ogólny stan psychiczny i zachowanie się chorych niczem się nie różniły od ich stanu między napadami w czasie, gdy pozostawali bez leczenia, a z powodu rzadszego występowania napadów czuli się oni przeważnie znacznie lepiej. Jedynie 3 epileptycy, w tem dwaj dotknięci najcięższą kliniczną postacią padaczki, dostawali, coprawda, mniej napadów, lecz ich stan ogólny ulegał pogorszeniu. Jeden epileptyk tak denerwował się podczas przyjmowania leku, że przeprowadzono u niego tylko jedną kurację Prominalem, a leczenia Luminalem trzeba było po pierwszych próbach zupełnie zaniechać. U innego chorego również nie udało się przeprowadzić dłuższego konsekwentnego leczenia Prominalem, gdyż pacjent ten, cierpiący na częste stany przygnębienia, dostawał przy nieco większem dawkowaniu stanów obłędu i pobudzenia. Naogół jednak Prominal wywoływał znacznie mniej zaburzeń niż Luminal, który u wszystkich chorych powodował wyraźne objawy działania ubocznego. Według spostrzeżeń autora wprowadzenie Prominalu do terapji należy uważać za znaczny postęp w leczeniu epileptyków, a zwłaszcza tych, którzy jeszcze są zdolni do pracy.

JAK NALEŻY POSTĘPOWAĆ W PRZYPADKACH KIŁY BEZOBJAWOWEJ Z UPORCZYWIE DODATNIM ODCZYNEM WASSERMANNA?

J. Hämel, Würzburg; *S. Miescher*, Zurych; *P. Mülzer*, Hamburg; *G. Riehl jun.*, *Wiedeń*; *W. Scholtz*, Królewiec; *B. Spiethoff*, Lipsk; *G. Stümpke*, Hanower; *J. J. Zoon*, Utrecht.

(Referat według Derm. Wschr. 1934, nr. 27).

Hämel, Würzburg: Przypadki, w których dodatni odczyn Wassermanna pomimo odpowiedniego leczenia nie okazuje skłonności do ustąpienia, należą naogół do rzadkości. W przypadkach takich rozstrzyga o dalszym przebiegu wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego. Jeżeli odczyn Wassermanna okaże się dodatni również i w płynie, wówczas wyzdrowienie będzie zależało od wyniku leczenia gorączkowego i od dalszego zachowania się układu nerwowego. Jeżeli natomiast badanie płynu mózgowo-rdzeniowego da wynik ujemny, to po przeprowadzeniu 4—5 mocnych kombinowanych kuracyj, jeżeli ani zewnętrznie ani w narządach wewnętrznych nie stwierdzimy żadnych klinicznych objawów chorobowych, będzie można dalszego leczenia narazie zaniechać. Niezbędną jest stała obserwacja pacjenta. Po dostatecznie długim okresie wyczekiwania można zezwolić również i na małżeństwo.

Miescher, Zurych: Znaczenie uporczywego dodatniego odczynu Wassermanna bywa różne, zależnie od tego, czy mamy do czynienia z wczesnym, czy z późnym okresem choroby. W okresie wczesnym stałe utrzymywanie się dodatniego odczynu surowiczego należy oceniać poważnie i ujmować jako odporność na stosowane środki lecznicze. W przypadkach takich koniecznem jest energiczne przeprowadzanie kuracji: krótkie przerwy, zmiana preparatów, ew. stosowanie dodatkowe biologicznych metod aktywujących, a przedewszystkiem leczenia gorączką. Jeżeli mamy do czynienia z późnym okresem kiły (zakażenie przed 10 laty lub jeszcze dawniej), wówczas wpływ leczenia na odczyn serologiczny jest przeważnie znacznie słabszy, co nie pogarsza jednak naogół stosunkowo dobrego rokowania. W przypadkach takich powinien rozstrzygać wiek pacjenta. U pacjentów młodych (u kobiet aż do ukończenia okresu możliwości zapłodnienia) należy ze względów psychicznych dokonać próby zamiany odczynu dodatniego na ujemny. W odpowiedniej chwili należy jednak leczenie przerwać, gdyż w niektórych przypadkach, jak np. przy kile wrodzonej, celu nie osiągniemy. U pacjentów starszych konieczność „wyleczenia" krwi za wszelką cenę jest mniejsza. Energiczne leczenie należy nadal stosować jedynie na życzenie pacjenta. Jeżeli zaś pacjent nie nalega, przerywamy leczenie po pierwszych kuracjach i ograniczamy się do starannej obserwacji klinicznej i serologicznej, która powinna trwać conajmniej przez 10 lat.

Mülzer, Hamburg: W przypadkach dodatniego odczynu Wassermanna, uporczywie utrzymującego się pomimo odpowiedniego leczenia, należy zapomocą dokładnego badania (prześwietlenie rentgenowskie, badanie dna oka, na-

kłucie lędźwiowe i t. d.) upewnić się, czy jednak nie uda się u chorego wykryć obecności objawów kiłowych. Należy usilnie dążyć, aby zapomocą wszystkich sposobów, które mamy do dyspozycji, zmienić dodatni odczyn serologiczny na ujemny. W okresie pierwszorzędowym i we wczesnym okresie drugorzędowym leczenie Salvarsanem i preparatami bizmutowemi powinno doprowadzić do ustąpienia dodatniego odczynu. Duże znaczenie ma przytem zwłaszcza dostateczna ilość wstrzykiwań bizmutu, która powinna wynosić conajmniej 20 wstrzykiwań po 1,2 cm^3. Jeżeli mimo to dodatni odczyn Wassermanna trwa uporczywie nadal, należy w toku kuracji zastosować kilka dni gorączkowych. Trzy kuracje w ciągu roku przeważnie wystarczają, aby odczyn surowiczy na stałe pozostawał ujemny. Przy starszej kile drugorzędowej i wczesnej trzeciorzędowej z uporczywie dodatnim odczynem serologicznym należy również przy prawidłowym stanie płynu mózgowo-rdzeniowego przeprowadzić kombinowane leczenie zimnicą lub możliwie równowartościową terapją gorączkową. Jeżeli w ciągu 3—6 miesięcy zmiany we krwi nie ulegają poprawie, zarządza się nową kurację Neosalvarsanem i bizmutem. Jeśli jednak wszystkie te zabiegi nie doprowadzają do ustąpienia dodatniego odczynu, nie pozostaje nam nic innego, jak trzymać chorego pod stałą obserwacją. W razie wystąpienia objawów klinicznych, niezbędną jest nowa interwencja lecznicza. Chorzy tacy stale otrzymują co rok w ciągu 4—6 tygodni zapobiegawczo średnie dawki jodu. Przy bezobjawowej kile późnej z wielokrotnie stwierdzanym stale dodatnim odczynem Wassermanna, miarodajnem jest badanie płynu mózgowo-rdzeniowego. U chorych z dodatnim odczynem we krwi i ujemnym w płynie stosujemy z początku kombinowaną kurację salvarsanowo-bizmutową i dopiero po stwierdzeniu odporności serologicznej na kurację zarządzamy leczenie gorączkowe. Dodatni odczyn Wassermanna przy kile wrodzonej reaguje zwykle bardzo słabo nawet na taką energiczną kurację. U kobiet w ciąży z dodatnim odczynem Wassermanna należy bezwarunkowo leczyć wszystkiemi odpowiedniemi środkami, aby otrzymać zdrowe dziecko. Również i dziecko powinno stale otrzymywać kuracje swoiste.

Riehl, Wiedeń: Chorzy kiłowi, którzy po zakończeniu 5 — 6 regularnych kombinowanych kuracyj neosalvarsanowo-bizmutowych lub rtęciowych, nie wykazują wprawdzie żadnych objawów chorobowych, lecz posiadają nadal dodatni odczyn Wassermanna, powinni się znajdować pod stałą kontrolą lekarską i podlegać co rok lub co kilka lat dalszym kombinowanym kuracjom neosalvarsanowo-bizmutowym. Jeżeli mimo to dodatni odczyn surowiczy utrzymuje się nadal bez zmiany, to należy stale co rok kontrolować surowicę i badać stan ogólny i dopiero po długoletniej przerwie zastosować ew. nowe leczenie. Rozumie się przytem, oczywiście, samo przez się, że w razie wystąpienia innych objawów kiłowych, należy natychmiast energicznie interwenjować. U chorych, którzy zgłaszają się do nas dopiero wiele lat po zakażeniu i którzy byli dotychczas leczeni w sposób niedostateczny, należy zastosować 2 — 3 energiczne kuracje, oddzielone dłuższemi przerwami czasu, przyczem jedna kuracja po-

winna być mieszana i składać się z wstrzykiwań Neosalvarsanu oraz leczenia gorączką zapomocą zimnicy. Jeżeli zakażenie miało miejsce już bardzo dawno i choroba już od wielu lat przebiega bezobjawowo, a sam pacjent jest już człowiekiem starszym, to ostrożność naszą możemy nieco złagodzić. Jeżeli stwierdzamy objawy uszkodzenia narządów przez Neosalvarsan lub ciężkie metale, lub inne zaburzenia ustrojowe, wskazaną jest podwójna ostrożność. Zaleca się w takich przypadkach łagodne dłuższe leczenie metalami ciężkiemi lub podawanie łatwo przyswajalnych preparatów jodowych, ew. odwaru Zittmanna.

Scholtz, Królewiec: Dotychczas nie wiemy jeszcze z całą pewnością, co można osiągnąć zapomocą leczenia swoistego w starszych przypadkach kiły z dodatnim odczynem Wassermanna. W pewnej części przypadków już jedna lub dwie kuracje zmieniają odczyn dodatni na ujemny, w dość znacznym jednak odsetku przypadków potrzeba dla osiągnięcia tego wyniku zastosować wielokrotne bardzo energiczne kuracje, lub też nawet wogóle wcale nie udaje się doprowadzić do ustąpienia dodatniego odczynu. Ponadto właśnie w szczególnie uporczywych przypadkach udaje się nierzadko doprowadzić do szybszego i lepszego wyniku serologicznego zapomocą kombinowanej kuracji jodowo-Zittmanowskiej niż zapomocą kombinowanej kuracji salvarsanowo-bizmutowej lub też odczyn Wassermanna staje się zupełnie ujemny dopiero po dodaniu do leczenia salvarsanowego kuracji Zittmanowsko-jodowej. Ujemny odczyn Wassermanna nie jest zresztą żadnym przekonywującym dowodem ostatecznego zaniku krętków chorobotwórczych w ustroju pacjenta. Również i stałe utrzymywanie się dodatniego odczynu Wassermanna nie pozwala na wyciąganie daleko idących niepomyślnych wniosków o dalszych losach pacjenta. Odsetek zachorowań na objawy późne u chorych, u których po powtarzanych kuracjach nie osiągnięto ujemnego odczynu surowiczego, nie jest w żadnym przypadku większy niż w grupie z pozornie pomyślnym przebiegiem leczniczym. Pod względem więc stopnia interwencji leczniczej należy być stosunkowo wstrzemięźliwym i unikać wszelkich gwałtownych kuracyj. Decyzja, czy w utajonym, a zwłaszcza późnym utajonym bezobjawowym okresie kiły z uporczywym dodatnim odczynem Wassermanna, wogóle należy wkraczać z interwencją leczniczą, powinna zależeć od konstytucji, duchowego nastawienia i społecznych i ekonomicznych warunków chorego. Należy w każdym razie pilnować, aby powtarzane kuracje nie osłabiły nadmiernie pacjenta lub uczyniły z niego neurastenika.

Spiethoff, Lipsk: Przy wyborze sposobu postępowania i leczenia ważne jest, czy dany przypadek należy do okresu wczesnego czy późnego, przyczem okres wczesny obejmuje pierwsze 4 lata po zakażeniu. Jeżeli sprawa dotyczy okresu wczesnego, wówczas bardzo wskazane jest przeprowadzenie kuracji zimnicą. Po 10 napadach, które powinny osiągnąć ciepłotę conajmniej 39,5°, przerywamy dalszy bieg zimnicy. W 5 tygodni po ukończeniu leczenia gorączką sprawdzamy natężenie odczynu surowiczego. Jeżeli odczyn stał się słabszy, wówczas zwracamy się do wstrzykiwań bizmutu, jeżeli zaś odczyn pozostał bez zmiany lub

zmienił się bardzo nieznacznie, to przechodzimy na leczenie salvarsanowe. Po 11 tygodniach leczenia, jeżeli odczyn Wassermanna stał się wreszcie ujemny, kurację przerywamy. Jeżeli natomiast odczyn surowiczy jest nadal dodatni, przedłużamy leczenie aż do 22 tygodni. Jeżeli i wtedy odczyn jest jeszcze ciągle dodatni, to nie jest to samo przez się wskazaniem dla wznowienia leczenia; ograniczamy się wówczas do obserwacji somatycznej. Jeżeli mamy do czynienia z dodatnim odczynem surowiczym w przypadku późnym, to leczenie zimnicą wchodzi w rachubę jedynie wtedy, gdy również i płyn mózgowo-rdzeniowy wykazuje zmiany swoiste.

Stümpke, Hanower: W przypadkach kiły z uporczywie dodatnim odczynem Wassermanna, przebiegających zupełnie bezobjawowo i bez zmian ze strony płynu mózgowo-rdzeniowego, w których wielokrotne powtarzanie kuracyj swoistych nie było jednak w stanie zmienić odczynu dodatniego na ujemny, stosujemy dalsze leczenie przeciwkiłowe, jeśli od chwili zakażenia nie upłynęło jeszcze 3 lat. Jeżeli zakażenie miało miejsce dawniej niż przed 3 laty, to należy początkowo zająć stanowisko wyczekujące. W przypadkach zakażenia datującego się z przed 10 laty lub jeszcze dawniej, można z leczenia zrezygnować, wskazaną jest jednak kontrola lekarska. Jeżeli chory był dotychczas leczony w sposób schematyczny, to należy zmienić metodę leczenia: Salvarsan-Natrium, Neosilbersalvarsan, leczenie zimnicą, ewentualnie również rtęć. W przypadkach kiły bezobjawowej, w których jedyną oznaką przebytej choroby są zmiany serologiczne, leczenie zimnicą nie jest wskazane. U chorych, którzy poprzednie kuracje źle znosili, należy przy przeprowadzaniu późniejszych kuracyj być jeszcze ostrożniejszym.

Po przeprowadzeniu nowych kuracyj wskazaną jest dalsza obserwacja, lecz należy przytem uświadomić sobie jasno, że nie można ciągle leczyć i że istnieją przypadki, w których dodatni odczyn Wassermanna nie reaguje wcale na wszelkie nasze zabiegi lecznicze.

Zoon, Utrecht: W przypadkach świeżej kiły (pierwszo- lub drugorzędowej) leczonych według określonego schematu Neosalvarsanem, bizmutem i ew. rtęcią i wykazujących pod koniec takiego leczenia dodatni odczyn Wassermanna w surowicy krwi, jednak zupełnie bez objawów klinicznych, dodatni odczyn serologiczny nie jest sam przez się żadnem wskazaniem do dalszego stosowania kuracji, a to z następujących względów:

1. dalsze leczenie pozostaje jednak przeważnie również bez pomyślnego wpływu na odczyn krwi,

2. większość pacjentów również bez dalszego leczenia nie dostaje w przyszłości żadnych objawów klinicznych kiły.

Pacjenci podlegają stałej kontroli lekarskiej, a pozatem oczekuje się chwili ew. wystąpienia objawów klinicznych. Także i bezobjawowa kiła z dodatnim odczynem Wassermanna u kobiety ciężarnej nie podlega początkowo leczeniu. Obserwujemy przebieg pierwszej ciąży. Jeżeli rodzi się zdrowe dziecko, to

przeważnie również i dalsze ciąże przebiegają bez zaburzeń. Jeżeli dochodzi do zakażenia płodu, to w większości przypadków następuje poronienie. Wówczas, oczywiście, przeprowadza się przy dalszych ciążach odpowiednie leczenie. Jeżeli mamy dostateczne dane, aby uznać możliwość kiłowego zakażenia płodu, to wstrzykujemy podczas całej ciąży Neosalvarsan (0,3 g tygodniowo). Przy takiem leczeniu zawsze rodziły się zdrowe dzieci. Bizmut podajemy tylko wtedy, gdy Neosalvarsan jest przeciwwskazany, gdyż zwłaszcza podczas ciąży należy się obawiać uszkodzenia nerek przez bizmut.

Dr. VIRNESS

LUMBAGO.

(Referat według Pharm. Ber. 1933, Nr. 6).

Lumbago jest to ból mięśniowo-nerwowy (Myoneuralgja) w obrębie mięśni lędźwiowych z odruchowem napięciem mięśni. Ból występuje w postaci nagłych napadów, często poprzedza go kilkodniowe przykre uczucie tępego napięcia. Bóle mogą być tak silne, że uniemożliwiają wszelkie ruchy i czynią chwilowo z pacjenta zupełnie niedołężnego człowieka. Przeważnie stwierdza się po bokach lędźwiowej części kręgosłupa kilka miejsc bolesnych na ucisk, odpowiadających przebiegowi gałązek nerwowych. Bóle lędźwiowe w przypadkach lumbago mogą być powodem ważnych omyłek rozpoznawczych. W diagnostyce różniczkowej należy uwzględniać następujące stany chorobowe, dające czasem podobne objawy kliniczne: kamienie nerkowe, zapalenie woreczka żółciowego, powiększenie wątroby, różne choroby kręgów lub stawów kręgowych, zrosty otrzewnowe, niektóre cierpienia kobiecych narządów płciowych, zapalenie opłucnej i inne. Rozlana lub umiejscowiona w okolicy lędźwiowej nadwrażliwość, zdarzająca się nierzadko przy neurastenji i przy przedrażnieniu płciowem, również może sprawiać trudności rozpoznawcze i zostać wzięta za lumbago. Bardzo często silny ból lędźwiowy bywa pierwszym objawem rozpoczynającej się rwy kulszowej. Lumbago pozostawia po przebytym pierwszym napadzie pewną nadwrażliwość nerwowo-mięśniową, która staje się nierzadko przyczyną wytworzenia się skłoności do nawrotów. Czynnikiem wyzwalającym takie nawroty bywa zwykle zaziębienie lub nadwerężenie mięśni lędźwiowych przy nagłych gwałtownych ruchach. Wydaje się, że takie gwałtowne ruchy mogą wywołać lumbago również u ludzi zupełnie zdrowych. Istota myalgji polega na nadwrażliwości, którą mogą wywoływać różne czynniki: zaziębienie, zakażenie, zatrucie, zaburzenia przemiany materji, zmiany urazowe, wstrząsy psychiczne i t. d. Ostre napady lumbago ze znaczną nadwrażliwością wymagają, podobnie jak rwa kulszowa, przedewszystkiem przestrzegania spokoju; dotyczy to zwłaszcza tych przypadków, które powstały w związku z nad-

szarpnięciem lub nadmiernym wysiłkiem fizycznym. W większości przypadków już 1—3 dni spokoju wystarczają dla znacznego złagodzenia dolegliwości. Podczas leżenia należy, oczywiście, podawać do wewnątrz odpowiednie środki przeciwreumatyczne i przeciwbólowe (Aspiryna, Pyramidon, Gardan, Novalgina i t. p.). Następnie przechodzimy do leczenia zapomocą masażu i ćwiczeń ruchowych. W przypadkach bardziej uporczywych powyższe środki okazują się jednak niedostateczne i zachodzi potrzeba zastosowania zabiegów energiczniejszych. Przedewszystkiem wchodzi tu w rachubę leczenie ciepłem: poduszki rozgrzewające, worek z gorącym piaskiem, nagrzewanie parą, naświetlania i t. d. Różne zewnętrzne bodźce skórne, jak np. miejscowe stosowanie Spirosalu, gorczycy, drażniących wcierań, elektryzacji, stawianie suchych lub ciętych baniek, działają prawdopodobnie również za pośrednictwem ciepła i wywierają przeważnie pomyślny wpływ leczniczy. Leczenie bodźcowe zapomocą wstrzykiwania preparatów białkowych (Yatren-Caseina) jest wskazane jedynie w przypadkach przewlekłych i bardzo uporczywych. W przypadkach szczególnie długotrwałych i dokuczliwych wskazaną jest infiltracja novocainowa, która sprawia zwykle znaczną ulgę. Zabieg ten polega na wstrzyknięciu 0,3—0,5 %-owego roztworu Novocainy w głąb wrażliwych i bolesnych mięśni, najlepiej w miejscu, w którem udaje się czasem wyczuć stwardnienie. Wstrzyknięcie fizjologicznego roztworu soli kuchennej okazuje się zwykle mniej skuteczne.

R. BOLLER. I Oddz. Chor. Wewn Szpitala im. cesarzowej Elżbiety w Wiedniu.

LECZENIE CHOROBY DERCUMA.

(Referat według Klin. Wschr. 1934, Nr. 50).

W roku 1930 *Boller* opisał szczegółowo przypadek choroby Dercuma, w którym osiągnął znakomity wynik leczniczy zapomocą wstrzykiwań Novocainy. Istota choroby Dercuma polega, jak wiadomo, na guzach tłuszczowych, uciskających nerwy i wywołujących dotkliwe bóle. (Adipositas dolorosa). Obecnie autor omawia 5 dalszych przypadków leczonych metodą novocainową z równie pomyślnemi wynikami. Do wstrzykiwań stosuje się jałowy 2—4‰-owy roztwór Novocainy, do którego dodaje się 0,4% chlorku sodu. Roztwór należy zawsze przygotować świeży, gdyż zabarwia się w ciągu kilku tygodni na żółto. Za pierwszym razem wstrzykuje się 10—20 cm^3, poczem dawkę zwiększa się stopniowo do 40—60 cm^3. W zależności od ciężkości przypadku wstrzykuje się codziennie lub zarządza kilkodniowe przerwy. Wydaje się celowem, aby początkowo leczyć tylko jedną część ciała i dopiero po większej ilości dokonanych wstrzykiwań wybrać dla dalszych wstrzykiwań inną część ciała. Zwykle po jednem lub po dwóch wstrzykiwaniach bóle w nastrzykiwanej części ciała znacznie łagodnieją. W pozostałych bolesnych częściach bóle stają się nieco mniejsze, ustępują zaś zupełnie dopiero wtedy, gdy leczenie wstrzykiwaniami Novocainy objęło już większość bolesnych odcinków. Naj-

lepiej używać do wstrzykiwań igłę długości 10—12 cm, przyczem wskazane jest nie wkłuwać całej igły aż do nasady, ze względu na możliwość złamania. Wkłuwa się w ten sposób, aby można było w podskórnej tkance tłuszczowej dosięgnąć stwardniałych części (o ile one są obecne), poczem nastrzykuje się je Novocainą. Korzystając z igły długości 10—12 cm, udaje się zwykle zapomocą jednego nakłucia dosięgnąć kilku takich skupień tłuszczowych i nastrzyknąć je Novocainą. Wstrzykiwać śródskórnie nie należy, gdyż osiąga się wówczas jedynie przemijające znieczulenie odnośnych części skóry. Przy infiltracji grudek tłuszczowych znajdująca się nad niemi skóra nie zostaje znieczulona. Same wstrzykiwania są bardzo bolesne, wobec tego jednak, że pomyślny wynik leczniczy ujawnia się już po drugiem lub trzeciem wstrzyknięciu, pacjenci zwykle chętnie zgadzają się na dalsze wstrzykiwania. Hipotoniczny roztwór soli kuchennej, dodawany do Novocainy, okazał się korzystniejszy niż woda przekroplona.

Wyniki leczenia novocainowego choroby Dercuma przemawiają na korzyść poglądu, że przy tem cierpieniu mamy do czynienia z otłuszczeniem i zapaleniem wielonerwowem. Wstrzykiwania Novocainy mogą uśmierzyć bóle w tkance tłuszczowej, czyli zapalenie wielonerwowe, podczas gdy samo otłuszczenie pozostaje przeważnie bez zmiany.

Wstrzykiwania Novocainy przyczyniają się jednak czasem również i do przemijającego zmniejszenia się tłuszczu w nastrzykiwanych miejscach; od czego jednak ta poprawa zależy, trudno obecnie powiedzieć. Jako przykład przytoczymy tu jedną historję choroby:

Pani P. C., lat 56. Przyjęta do szpitala 14.X.1933. Rozpoznanie: Adipositas dolorosa. Choroba rozpoczęła się przed 10 laty od ograniczonych bólów w okolicy brzusznej i grzbietowej. Bóle i otłuszczenie zwiększały się z roku na rok i objęły z biegiem czasu całe ciało. Od niedawna dolegliwości oddechowe przy chodzeniu oraz bicie serca. Często bolesne skurcze w okolicy żołądka, promieniujące do pleców i ramion. Stan podgorączkowy, podstawowa przemiana materji + 8,4%.

27.X	30 cm³	Novocainy	(2⁰/₀₀)	podskórnie	w	skórę pleców
28.X	40 „	„	„	„	„	„ „
29.X	40 „	„	„	„	„	prawe udo
30.X	40 „	„	„	„	„	lewe udo
1.XI	40 „	„	„	„	„	lewe ramię
2.XI	40 „	„	„	„	„	prawe ramię

Już po pierwszem wstrzyknięciu natężenie bólów zmniejszyło się znacznie, a po kilku dniach bóle ustąpiły zupełnie. Pacjentka czuje się zupełnie dobrze. 3.XI. znowu 30 cm³ 4⁰/₀₀-owej Novocainy w prawe udo. Następnego dnia bolesne obrzmienie gruczołów podszczękowych po stronie prawej; stwierdzono objawy róży w okolicy nasady nosa i na czole. Przebieg bezgorączkowy. Dwukrotne naświetlanie lampą kwarcową. Objawy róży cofają się szybko. Chora znowu czuje się dobrze. 10.XI. wypisana ze szpitala. Waga obniżyła się nieznacznie (z 96,3 kg na 95 kg). Podczas badania kontrolnego w czerwcu 1934 stwierdzono, że bóle nie powróciły i pacjentka nie odczuwa żadnych dolegliwości.

Dr. NICOLA COSENTINO, Policastrello (Włochy).

NIESWOISTA IMMUNOTERAPJA.

(Referat według Prog. di Terap. 1932, Nr. 10).

Terapja nieswoista szybko uzyskała prawo obywatelstwa w leczeniu chorób zakaźnych. *Cantu* pierwszy zastosował wstrzykiwania surowicy przeciwbłoniczej dla leczenia zapalenia płuc; następnie próbowano stosować tę surowicę również i dla leczenia zakażenia krwi. Dalsze badania nad nieswoistą proteinoterapją opierają się głównie na tych podstawowych spostrzeżeniach. *Ludke* próbował leczyć dur brzuszny roztworem deuteroalbumozy, *Nolf* stosował roztwór peptonu, następnie *Schmidt*, *Saxl*, *Lindig* stosowali mleko, kazeinę i t. d.

Proteinoterapja nieswoista może wywołać odczyny zbliżone do wstrząsu hemoklazycznego *Widala* i przyczynia się do uruchomienia naturalnych sił obronnych ustroju, które w innych warunkach mogłyby nadal pozostawać w stanie utajenia. Według teorji *Weichhardt'a* protoplazma komórek zostaje pobudzona i czynność jej wzmaga się w znacznym stopniu.

Autor uważa, że z pośród licznych związków stosowanych dla bodźcowego leczenia nieswoistego, najskuteczniejszym przetworem jest Omnadina. Omnadina składa się z antygenów białkowych, lipoidów żółciowych i zwierzęcych związków tłuszczowych. Główne zalety Omnadiny polegają na tem, że odznacza się ona znakomitą tolerancją, nie daje żadnych odczynów ogniskowych ani anafilaktycznych i skraca czas trwania sprawy chorobowej.

Oto kilka spostrzeżeń, ilustrujących niezwykle pomyślne nieswoiste działanie lecznicze Omnadiny:

1. P. R., młoda chłopka o silnej budowie ciała. Dawniejsze wywiady bez znaczenia. Przed 4 dniami doznała nagle gwałtownych i długotrwałych dreszczów i kłucia w prawym boku. Przy badaniu stwierdza się: gorączka 38,8°, tętno 110, oddech 32. Stłumienie u podstawy prawego płuca. Przy wysłuchiwaniu oddech oskrzelowy. Rozpoznanie: zapalenie prawego dolnego płata płucnego. Leczenie: wstrzyknięcie Omnadiny. Znaczna poprawa stanu ogólnego. Nazajutrz powtórne wstrzyknięcie Omnadiny. W nocy przełom, spadek gorączki. Po kilku dniach zupełne wyleczenie.

2. G. T., lat 17, silna, zdrowa dziewczyna wiejska. Po krótkim okresie nieokreślonego niedomagania silne bóle w lewym boku i dreszcze. Gorączka 40°, tętno 115, oddech 38, kaszel, duszność. Przy opukiwaniu stwierdza się w dolnej części płuca lewego odgłos bębenkowy. Wysłuchowo: rzężenia drobnobańkowe podczas wdechu. Mocz: niewielkie ślady białka. Rozpoznanie: pneumonia lobaris sinistra. Leczenie: wstrzyknięcie jednej ampułki Omnadiny. Wieczorem gorączka 39,5°, lecz mimo to stan ogólny lepszy. Nazajutrz powtórne wstrzyknięcie Omnadiny. Wieczorem krytyczny i ostateczny spadek gorączki.

3. D. V., lat 50, wieśniak, choruje od 3 dni; wysoka gorączka, w plwocinie ślady krwi. Chory budowy prawidłowej, bardzo osłabiony, stan ogólny ciężki, samopoczucie złe. Gorączka 39,8°, tętno 120, oddech 36. Opukowo: stłumienie u podstawy prawego płuca; wysłuchowo: oddech oskrzelowy. Rozpoznanie: pneumonia lobaris dextra. Leczenie: Omnadina. Wieczorem 38,7°, tętno i oddech odpowiednio do gorączki. Nazajutrz rano powtórne wstrzyknięcie Omnadiny. Wieczorem krytyczny spadek ciepłoty.

4. F. A., lat 30, zamężna wieśniaczka. Gorączka 39°, tętno 30, oddech 27. Klatka piersiowa bez zmian, wypróżnienia prawidłowe. Przy obmacywaniu brzucha stwierdza się znaczną wrażliwość w prawym dole biodrowym, w którym wyczuwa się w głębi guzowe obrzmienie kształtu podłużnego, skierowane ku górze. Badanie przez pochwę wykrywa po stronie prawej guzowatość trudną do odgraniczenia, nieruchomą, wychodzącą z szyjki macicznej i sięgającą do ściany miednicy. Rozpoznanie: parametritis dextra. Leczenie: codzienne wstrzykiwania Omnadiny. Wieczorem gorączka wynosiła już tylko 38°. Nakłucie próbne wykazało w prawem sklepieniu pochwowem żółtawy ropny płyn. Leczenie Omnadiną w połączeniu z gorącemi antyseptycznemi przepłókiwaniami pochwowemi doprowadziło do wyleczenia bez zabiegu chirurgicznego.

5. S. C., lat 49, zamężna wieśniaczka. Gorączka 39,8°, tętno 120. Twarz obrzmiała, bardzo czerwona. Powieki spuchnięte, oczy zamknięte, uszy również czerwone i obrzmiałe. Rozpoznanie: róża twarzy. Leczenie: natychmiastowe wstrzyknięcie Omnadiny, miejscowo maść z ichtjolu. Nazajutrz poprawa. Drugie wstrzyknięcie Omnadiny sprawiło, że gorączka ostatecznie opadła i objawy miejscowe zaczęły powoli ustępować.

6. T. G., wieśniaczka, lat 16; róża twarzy; wyleczenie po trzech wstrzyknięciach Omnadiny.

7. B. C., lat 24. Poród przed 4 dniami. Dreszcze, gorączka 40,°5, tętno 120, oddech 32. Brzuch nieco wzdęty z wyraźną bolesnością uciskową macicy i przydatków. Wstrzyknięcie Omnadiny, przemycie zgłębnikiem Dolerisa, drugie wstrzyknięcie Omnadiny. Nazajutrz stan znacznie lepszy, gorączka 37,3°; następnego dnia 37°. Jama macicy zawiera jeszcze znaczną ilość ropnej wydzieliny. Trzeciego wstrzyknięcia Omnadiny nie dokonano, gdyż zapasy tego preparatu w miejscowej aptece wyczerpały się. Wieczorem gorączka 41°. Surowica przeciwpaciorkowcowa w dawkach po dwie ampułki dziennie w ciągu trzech kolejnych dni. Stan chorej pozostaje bez zmiany, gorączka waha się stale między 39,8° i 40,7°. Następnie wznowiono wstrzykiwania Omnadiny: wyleczenie w krótkim czasie.

8. B. M., lat 16, wieśniak. Mniej więcej od siedmiu dni gorączka 39° — 39,8°; bóle w jamie brzusznej. Język suchy, brzuch bardzo wzdęty, przelewanie w prawym dole biodrowym, śledziona przekracza nieco łuk żebrowy: dur brzuszny. Leczenie Omnadiną przyczyniło się do znacznego skrócenia choroby, która miała przebieg łagodny i skończyła się stosunkowo szybko bez żadnych powikłań.

Dr. JANSON, Szpital i Zakład Opiekuńczy w Hermesbergu.

POSTĘPOWANIE PRZY RANACH I UBYTKACH SKÓRNYCH NIEOKAZUJĄCYCH SKŁONNOŚCI DO GOJENIA SIĘ.

(Referat według Ther. d. Gegenw. 1934, Nr. 10).

Autor omawia historję choroby pacjentki dotkniętej silnie rozwiniętemi keloidami w bliźnie na lewem ramieniu. Bliznowce te powstały przed 18 laty w związku z oparzeniem wrzącą wodą. Blizna nie okazywała żadnej skłonności do ostatecznego zagojenia się, gdyż ruchy ramienia wytwarzały ciągle nowe uszkodzenia tkanki i doprowadzały do krwawień. Z powodu ograniczonej ruchomości ramienia i uporczywych krwawień z blizny pacjentka była zupełnie niezdolna do pracy. Z tego względu 17.9. i 4.10.1932 r. dokonano operacji usunięcia bliznowca, a ubytki skórne pokryto przeszczepami z lewego uda. Większość przeszczepów przyjęła się, jednak niektóre uległy zgorzeli. Dla

pokrycia pozostałych ubytków stosowano różne posypki do leczenia ran, Pellidol, czerwień szkarłatną, maść z azotanu srebra, naświetlania, zmianę diety i t. d., jednakże całkowitego pokrycia się ubytków skórnych nie udało się osiągnąć. Wobec tego 17.8.1933 dokonano po uprzedniem głębokiem wycięciu jeszcze raz przeszczepu z lewego uda. Wynik był taki sam jak po pierwszym zabiegu: początkowo przyrost niewielkiego przeszczepu, pokrywanie się ubytków skórnych per secundam, następnie zaś nagłe zatrzymanie się wytwarzania ziarniny.

Wówczas przystąpiono do doustnego podawania Padutiny. Po zażyciu 5 cm^3 nie stwierdzono jeszcze żadnych zmian w zachowaniu się rany. Po dalszych 5 cm^3 Padutiny rozpoczęło się wreszcie powolne gojenie się uporczywej rany. Ubytki zmniejszyły się i zagoiły zupełnie, z wyjątkiem jednego miejsca wielkości grosza, pokrytego czystą ziarniną. Dalsze 10 cm^3 Padutiny doprowadziły 18.I.1934 r. do ostatecznego zamknięcia się rany. Ogólny wynik leczniczy okazał się znakomity: chora odzyskała całkowitą zdolność zginania i wyprostowywania ramienia. Nawet rozległe ruchy nie wywołują uszkodzenia tkanek ani krwawień, całe ramię jest dobrze ukrwione i ciepłe. Również i pod względem kosmetycznym wynik zabiegu był w porównaniu ze stanem poprzednim bardzo dobry.

Doc. dr. W. SIEBERT, I Klin. Wewn. Charité w Berlinie.

ŹRÓDŁA BŁĘDÓW I MOŻLIWOŚCI OMYŁEK PRZY CODZIENNYCH METODACH BADAŃ LABORATORYJNYCH LEKARZA-PRAKTYKA.

(Referat według Med. Klinik. 1934, Nr. 27).

Dla zbadania moczu na obecność białka lekarz-praktyk stosuje przeważnie próbę sulfosalicylową. Już po zwykłem dolaniu kwasu sulfosalicylowego mocz mętnieje; zmętnienie to może jednak zależeć również od obecności produktów rozkładu białka, a mianowicie albumoz, wobec czego dla zróżniczkowania mocz nagrzewamy aż do wrzenia. Gdy zmętnienie pozostaje, wówczas dowodzi to obecności białka, wyjaśnienie zaś dowodzi obecności albumoz. Jeżeli podejrzewamy w moczu obecność kwasów żywicznych, wówczas po

ochłodzeniu dodajemy do moczu eteru, wstrząsamy, przyczem zmętnienie spowodowane przez kwasy żywiczne znika. Białko strąca się jedynie w kwaśnem środowisku, co należy uwzględniać zwłaszcza przy zasadowym odczynie moczu i dodawać większą ilość kwasu; zbyt mała ilość kwasu sulfosalicylowego mogłaby się okazać niewystarczająca dla strącenia białka i dać wynik ujemny. Również i próba obrączkowa *Heller'a* nie wyłącza możliwości omyłek. Próba ta polega na wlaniu pipetą do próbówki pod mocz stężonego kwasu azotowego, przyczem na miejscu zetknięcia się płynów wytwarza się ostre pierścieniowate zmętnienie. Takie same pierścieniowate zmętnienie wywołują w stężonym moczu również kwas moczowy lub mocznik, albumozy, nukleoalbuminy i kwasy żywiczne. Uprzednie rozcieńczenie moczu wyłącza możność powstania pierścienia z kwasu moczowego lub mocznika, nie ograniczając przytem czułości próby na białko. Odróżnienie od pierścieni z albumozy lub kwasów żywicznych polega, podobnie jak przy próbie sulfosalicylowej, na ogrzaniu lub wytrząsaniu eterem. Pierścień nukleoalbuminowy cechuje się tem, że znajduje się nieco powyżej granicy kwasu i moczu oraz wytwarza się bardzo powoli. Przy próbie na białko z kwasem octowym nie wolno po zagotowaniu dodawać zbyt wiele kwasu octowego, aby nie wytworzyły się rozpuszczalne kwaśne albuminy, co mogłoby doprowadzić do ponownego wyklarowania się zmętnienia. Jeżeli mocz jest bardzo rozcieńczony i zawiera mało soli, to osad wytwarza się dopiero po dodaniu soli kuchennej. Obliczanie ilościowe białka metodą *Esbach'a* może dawać fałszywe wyniki po zażyciu chininy, heksametylenotetraminy i środków balsamicznych, przyczem osad może wywoływać pozory obecności białka lub w razie istotnej jego obecności dawać wyniki zbyt duże.

Dla wykrywania cukru służą próba bizmutowa *Nylander'a* oraz miedziowe próby *Fehling'a* lub *Trommer'a*. Wynik dodatni może tu powstać nawet przy nieobecności cukru, jeżeli mocz zawiera inne związki redukujące. Ewentualną obecność białka należy usunąć przez uprzednie zagotowanie z dodatkiem kwasu octowego i przesączenie, gdyż bez tego mocz po zagotowaniu z odczynnikiem *Nylander'a* zabarwia się na czarno. Również i pochodne antrachinonu lub hydrochinonu, antipyrina i chloroform dają dodatni odczyn na cukier. Przy próbie *Trommer'a* nie wolno dodawać zbyt mało siarczanu miedzi, gdyż wówczas zawartość próbówki zabarwia się po ogrzaniu na kolor brunatny; jeżeli zaś dodać za dużo siarczanu, otrzymuje się zabarwienie brunatno-czarne. Z powyższych względów dodajemy siarczan miedzi kroplami tak długo, aż wytwarzający się ciemno-niebieski wodorotlenek miedziowy przestanie się rozpuszczać (przed siarczanem miedzi należy, oczywiście, dodać do moczu ługu sodowego). Zarówno próba *Trommer'a*, jak i próba *Fehling'a* mogą czasami w moczu mocno stężonym, lecz niezawierającym cukru, dawać wynik lekko dodatni. Również i niektóre lekarstwa jak senes, kopaiwa, kubeba, formaldehyd, chloroform i wodan chloralu mogą wywoływać zmiany barwne w moczu, które nasuwają niedostatecznie doświadczonemu lekarzowi poważne wątpliwości co do wyniku.

odczynu. Szczegółowe badania *Siebert'a* i *Steinbrück'a* wykazały, że mocz po dodaniu wymienionych leków przyjmuje przy próbie miedziowej przeważnie brudno-szare lub szaro-zielone zabarwienie, odmienne od przeciętnego zabarwienia moczu. Występujące w moczu odmiany cukru — przeważnie mamy do czynienia z cukrem gronowym — wykazują następujące własności:

	Próby redukcyjne	Polaryzacja	Fermentacja	Odczyny szczególne
Cukier gronowy (dekstroza)	+	P	+	
Cukier owocowy (lewuloza)	+	L	+	Próba rezorcynowa (rezorcyna + HCl czerwone zabarwienie)
Galaktoza	+	P	+ (gorzej i później niż dekstroza)	Próba z kwasem klejowym (Po nagrzaniu z HNO_3 wytwarza się kwas klejowy, który po 24 godzinach osadza się w postaci kryształków)
Cukier trzcinowy (dekstroza + lewuloza)	0	P	0	
Po inwersji przez zagotowanie z kwasem	+	L	+)	
Cukier mleczny (dekstroza + galaktoza)	+	P	0	Próba z octanem ołowiu (Gotować z cukrem ołowiowym: żółte zabarwienie, przechodzące po dodaniu amonjaku w czerwone).
(Po rozpuszczeniu przez kwasy)			+)	
Pentoza	+	0	0	Próba orcynowa (Orcyna + HCl: zielone zabarwienie).
Kwas glukoronowy				
sprzężony	+	L	0	Próba orcynowa ujemna
niesprzężony	+	P	0	Próba orcynowa ujemna

Dla uniknięcia fermentacji przy zbieraniu dobowej ilości moczu należy go przechowywać w zimnem miejscu i dodać kilka ziarenek tymolu lub kilka kryształków kwasu bornego albo też 1 do 2 łyżek stołowych toluolu. Jeżeli dla określenia procentowej zawartości cukru w moczu nie możemy korzystać z polarymetru, wówczas można dokonać obliczenia zapomocą miareczkowanego sacharymetru fermentacyjnego, który jednak pozwala na odczytanie wyniku dopiero po upływie 24 godzin. Przed zbadaniem w polarymetrze dodajemy do badanego moczu 2—3 krople kwasu octowego na 15 cm^3 moczu i odbarwiamy go następnie zapomocą octanu ołowiu lub sproszkowanego węgla. Kwas β-oksymasłowy, kwas glukuronowy lub białko skręcają płaszczyznę polaryzacji w lewo i mogą w ten sposób zmniejszać odsetek cukru odczytywany na skali polarymetru; odchylenia te jednak są tak małe, że nie mają żadnego znaczenia praktycznego.

Przy badaniu na aceton metodą *Legal'a* dodajemy do moczu nitroprusydek sodu, a następnie z początku kwas octowy i dopiero potem nawarstwiamy amonjak. Przy wyniku dodatnim powstaje na granicy płynów mocno zabarwiony pierścień koloru wina burgundzkiego. Jeżeli postępować w odwrotnej kolejności i dodać NaOH przed kwasem, wówczas zachodzi możliwość, że nie będziemy w stanie odróżnić czerwonego zabarwienia powstającego po dodaniu ługu (wykazanie kreatyniny) od bardziej karminowego zabarwienia po kwasie octowym (aceton). Pierścień aloesowy jest bardzo podobny do acetonowego; zabarwienie fenolftaleinowe jest jaśniejsze i przechodzi pozatem do całego amonjaku.

Odczyn *Gerhardt'a* z chlorkiem żelaza dla wykazania kwasu aceto-octowego daje czasami wynik dodatni po zażyciu niektórych lekarstw. Czerwone zabarwienie zależne od Antipyriny jest tu naogół jaśniejsze; po Pyramidonie i preparatach salicylowych występuje zabarwienie bardziej fioletowe. Jeżeli przed zbadaniem odczynu będziemy mocz gotować przez dłuższy czas, to kwas aceto-octowy ulega rozkładowi, podczas gdy zabarwienie zależne od obecności środków leczniczych pozostaje bez zmiany. Dalszą pewną cechą różniczkową jest okoliczność, że mocze zawierające kwas aceto-octowy zawsze dają dodatnią próbę na aceton.

Przy odczynie dwuazowym jedynie wyraźne zabarwienie piany po wstrząsaniu dowodzi wyniku dodatniego. Czerwone zabarwienie powstaje również po zażyciu preparatów makowca, chryzarobiny, pochodnych naftaleiny (santoniny) i środków czyszczących zawierających fenolftaleinę, jednakże przy fenolftaleinie zabarwienie jest trwałe, podczas gdy przy istotnie dodatnim odczynie dwuazowym zabarwienie powoli znika. Fenol, kreozot, gwajakol i salol mogą utrudniać lub hamować powstawanie odczynu dwuazowego.

Urobilinogen znajduje się jedynie w świeżym moczu; po 24 godzinach utlenia się on zupełnie na urobilinę. Nie wolno wobec tego dokonywać próby *Ehrlich'a* w starszym zbieranym moczu, ani też próby *Schlesinger'a* w moczu świeżym. Jeżeli mocz przeznaczony do badania został oddany już przed dłuższym czasem, to najlepiej utlenić niezamieniony jeszcze urobilinogen na urobilinę przez dodanie 1 do 2 kropel roztworu jodu na 15 cm^3 moczu i wykonać następnie próbę *Schlesinger'a.* Trypaflavina lub aceton mogą wywoływać pozory obecności większej ilości urobilinogenu. Odróżnienie jest możliwe przez wytrząsanie w chloroformie, do którego przechodzi jedynie jaskrawo czerwone zabarwienie, zależne od urobilinogenu, podczas gdy chloroform przy Trypaflavinie wogóle się nie zabarwia, a przy acetonie tylko na kolor słabo różowy.

Przed dokonaniem próby wodnej lub próby stężenia moczu chory powinien w ciągu 2—3 dni wypijać jednakową przeciętną ilość płynu (około 1500 cm^3 na dobę). Nadmiar płynu lub zbyt mała jego ilość mogą dawać błędne wyniki. Podczas gorących letnich dni, gdy traci się wiele płynu w związku z obfitem poceniem się, lepiej zaniechać próby wodnej.

We wszystkich podejrzanych przypadkach, również i przy ujemnym wyniku odczynów chemicznych, należy badać mikroskopowo osad moczowy. U kobiet można czasami łatwiej znaleźć jaja pasorzytów kiszkowych w moczu niż w stolcu.

Badań na utajone krwawienie wolno dokonywać jedynie w chemicznie czystych próbówkach, gdyż nawet bardzo małe ślady pozostałych w nich resztek żelaza lub miedzi mogą dawać pozornie dodatni odczyn na krew i doprowadzić do błędnego rozpoznania krwawień kiszkowych. Próbnej diety *Schmidt'a* nie wolno przeprowadzać przy jednoczesnem podawaniu leków zawierających zaczyny (HCl z pepsyną, preparaty trzustkowe i t. d.), co ciągle jeszcze nie jest uwzględniane w dostatecznej mierze. Lekarz, badający kał, musi dobrze wiedzieć, jak wyglądają różne resztki pokarmowe, gdyż w przeciwnym przypadku naraża się na wszelkie możliwe błędy.

Przy badaniu szybkości opadania krwinek należy nietylko uwzględniać okoliczność, że zwiększenie ilości kwasu węglowego we krwi zwalnia opadanie, lecz że czyni to również zimno. Im cieplejsze otoczenie, tem szybsze opadanie. Stosunek mieszaniny cytrynianu i krwi należy uwzględniać bardzo dokładnie, gdyż każde rozcieńczenie krwi działa przyspieszająco. Również morfina przyspiesza opadanie na dłuższy czas, chinina zaś i ołów mogą je zwalniać. Po gorących kąpielach obserwowano przyspieszenie opadania, które utrzymywało się w ciągu 3 dni.

Przed przygotowaniem rozmazów krwi należy miejsce pobrania krwi dokładnie oczyścić przez wycieranie eterem, a następnie koniecznie przeczekać aż spłynie kilka pierwszych kropel, gdyż bez tego otrzymamy na rozmazie zbyt wielką ilość monocytów i niesłusznie uznamy wynik badania za patologiczny. Rozmaz nie powinien być gruby, przekroplona woda musi być bezwzględnie czysta. Zanieczyszczenia kwasem lub zasadą zmieniają barwę i mogą prowadzić do błędnych wniosków.

Dla odczynu *Wassermann'a* jałowość i suchość próbówek stanowią zasadniczy warunek uniknięcia hemolizy. Pobieranie krwi dla hodowli bakteryj wymaga pod każdym względem przestrzegania najściślejszych przepisów aseptyki, co w warunkach domowych chorego jest przeważnie prawie niemożliwe do wykonania. Przy podejrzeniu na zakażenie krwi otrzymujemy wynik dodatni zwykle dopiero po kilkakrotnem powtarzaniu badań. Krew należy pobierać na początku podnoszenia się gorączki, albo na krótko przedtem. Laseczniki durowe we krwi znajdujemy zawsze tylko w ciągu pierwszych 10 dni gorączki, w kale nigdy przed ósmym dniem, w moczu już od samego początku. Odczyn *Gruber'a - Widal'a* najlepiej badać dopiero po 8 dniach; w razie ujemnego wyniku należy go po 4—5 dniach powtórzyć, zwłaszcza jeżeli przy niewyraźnym obrazie klinicznym mógłby on stanowić jedyną cechę rozpoznawczą. Miano zlepne u chorych durowych zwiększa się, pozostaje natomiast bez zmiany przy *Widal'u* szczepiennym (skutki serologiczne uprzedniego szczepienia przeciwdurowego).

Badania bakterjologiczne stolca na czerwonkę należy dokonywać możliwie jaknajwcześniej; przeszczepianie na uprzednio nagrzane pożywki powinno się odbywać zaraz przy łóżku chorego, aby zarazki przy dłuższym transporcie kału nie zginęły wskutek ochłodzenia. Odczyn *Gruber'a - Widal'a* na czerwonkę staje się dodatnim dopiero około szóstego dnia.

Badanie azotu resztkowego w surowicy powinno się odbywać możliwie zaraz po pobraniu krwi; do tej chwili należy przechowywać krew jałowo i w zimnem miejscu.

Najlepszą metodą określania cukru we krwi jest dla lekarza - praktyka makro-metoda, przy której należy pobrać z żyły łokciowej 10—15 cm^3 krwi do naczynia zawierającego nieco fluorku sodu, który przeciwdziała in vitro zanikowi cukru; przesyłając krew należy unikać silniejszego nagrzania. Badanie mikro-metodami nie może się odbywać później niż w 2 godziny po pobraniu krwi, gdyż po upływie tego czasu cukier we krwi pobranej z dodatkiem wodorotlenku cynku zaczyna znikać.

Badanie podstawowej przemiany materji należy przeprowadzić conajmniej dwukrotnie, a ew. nawet jeszcze częściej, gdyż pierwsze badanie, jako niezwykły dla chorego zabieg, daje przeważnie wyniki zbyt duże. Wyniki te zależą również od ilości białka spożytego poprzedniego wieczora. Z tego względu nie wolno podawać pacjentowi w dniu poprzedzającym badanie żadnych potraw mięsnych, podczas gdy ilość węglowodanów i tłuszczów nie ma żadnego znaczenia.

Dr. E. ARTURO ALONSO GARCIA, asystent Szpit. Pow. w Oviedo.

PRZYPADEK POSOCZNICY PO PORONIENIU WYLECZONY WSTRZYKIWANIAMI YATREN-CASEINY.

(Referat według Revue des Progrès Thérapeutiques 1935. Nr. 3).

Posocznica po poronieniu nie jest bynajmniej zjawiskiem rzadkiem i każdy z lekarzy - praktyków ma od czasu do czasu możność obserwowania przypadków samoistnego poronienia z następczem zakażeniem. Ustalenie stosunku ilościowego poronień do porodów prawidłowych jest zadaniem dość trudnem. *Hegar*, naprzykład, oblicza, że na 8 lub 10 porodów prawidłowych przypada jedno poronienie. *Guillemont* i *Deivilliers* natomiast przyjmują większą częstość poronień: jedno poronienie na 4 lub 5 porodów. Stosunek podany przez *Hegar'a* zgadza się z danemi mej własnej statystyki, to znaczy jedno poronienie na 9 porodów.

Pragnąłbym tu omówić w krótkości typowy przypadek posocznicy po poronieniu: 16 listopada 1933 zostałem wezwany do łoża kobiety, lat 29, zamężnej, zajmującej się gospodarstwem domowem.

Wywiady rodzinne: matka zdrowa, rodziła 4 razy, nigdy nie roniła, ojciec cierpiał na gruźlicę płuc.

Wywiady osobiste bez znaczenia: wieloródka, ma trzech synów, nie roniła.

Chorą widziałem po raz pierwszy o godzinie 11 rano. Skarży się na bóle głowy, kaszel, ogólne osłabienie, brak łaknienia, złe samopoczucie. Zaparcie od 3 dni. Gorączka $37,8^{0}$, tętno słabo wypełnione, 90 na minutę.

Badanie narządu oddechowego: odgłos opukowy na całej przestrzeni pól płucnych prawidłowy, przy wysłuchiwaniu stwierdza się w prawem płucu podczas wydechu nieliczne rzężenia średniobańkowe. Drożność nosa zachowana, duszności niema, uporczywy suchy kaszel.

Narząd krążenia: tony serca głuchawe, drugi ton nad tętnicą główną rozdwojony, tętno miarowe.

Narząd moczowy: dobowa ilość moczu 600 cm^{3}, ciężar gatunkowy 1021, ślad białka, cukru nie stwierdza się.

Chora zaczęła się skarżyć na bóle lędźwiowo-brzuszne z uczuciem napięcia i ciężaru w okolicy podbrzusza. Bóle takie pacjentka zawsze odczuwała na kilka dni przed wystąpieniem miesiączkowania. Początkowo nie przypisywałem tym bólom większego znaczenia, gdyż rozpoznawałem jako zasadniczą chorobę grypę, a bóle lędźwiowo-brzuszne uzależniałem od zbliżającego się miesiączkowania.

Chora wyrażała przypuszczenie, że jest w ciąży, gdyż poprzedniego miesiąca nie dostała wcale perjodu. Badanie ginekologiczne nie wykryło jednak żadnych odchyleń od normy. Odczynu *Aschheim'a - Zondek'a* nie wykonałem.

Zaleciłem środki przeciwgorączkowe i wykrztuśne, wstrzykiwania kamfory, lewatywę i bezwzględne pozostawanie w łóżku.

Następnego dnia stan ogólny poprawił się znacznie. Kaszel o wiele łagodniejszy. Bóle głowy trwają nadal, choć, coprawda, już nieco słabsze, ilość moczu zwiększyła się. Gorączka bez zmian. Ponadto chora zaczęła krwawić z pochwy, krwawienie było niewielkie, z domieszką skrzepów.

Badanie krwi i skrzepów nie wykazało nic szczególnego, co mogłoby nasunąć podejrzenie obecności jaja płodowego. Wyraziłem więc przypuszczenie, że jest to początek miesiączkowania.

Zmiany śluzówki macicznej w pierwszym miesiącu ciąży są przeważnie tak nieznaczne, że rozpoznanie ich nasuwa duże trudności. Również i przeoczenie jaja jest zupełnie zrozumiałe, gdyż średnica jego wynosi w tym czasie nie więcej

niż 5 mm. Niewielkie rozmiary jaja sprawiają, że znalezienie go należy uważać raczej za rzecz wyjątkową.

18.XI.33 stan chorej był zupełnie zadowalający. Wszystkie objawy chorobowe cofnęły się z wyjątkiem krwawienia z narządów płciowych, którego natężenie nawet się wzmogło. Stan bezgorączkowy.

Wówczas zacząłem się coraz poważniej zastanawiać nad możliwością poronienia i zaleciłem pozostawać nadal w łóżku. Codziennie bodałem wydzielinę maciczną, lecz jaja znaleźć nie mogłem. Chora uważała, że przyczyną poronienia mógł być pewien większy wysiłek fizyczny.

Kobiety zawsze podają, że poronienie wywołała określona przyczyna, np. zmęczenie, wzruszenie, uraz i t. p. W większości przypadków tłumaczenie to nie odpowiada rzeczywistości. Przyznać jednak należy, że w pewnych warunkach nawet drobne przyczyny mogą doprowadzić do poronienia.

Jeżeli powodem poronienia są czynniki mechaniczne, jak np. zmęczenie, to działa ono szkodliwie pośrednio przez wywołanie zaburzeń w macicznem krążeniu krwi. Stałe powtarzanie się poronień powinno skłaniać do poszukiwania głębszej przyczyny chorobowej, jak kiła, gruźlica, zimnica i t. d. Poronienie mogą wywoływać również i ostre sprawy chorobowe.

U naszej pacjentki ten ostatni czynnik nie mógł wchodzić w rachubę. W podobnych okolicznościach przyczyną poronienia bywa zwykle nadzwyczaj wysoka gorączka, u naszej pacjentki zaś najwyższa temperatura nie przekroczyła $37{,}8^0$, co stanowczo nie wystarcza dla wywołania poronienia.

W ciągu najbliższych kilku dni chora czuła się dobrze, pomimo że krwawienie maciczne trwało nadal. 22.XI stan chorej gwałtownie się pogorszył. Gorączka podniosła się do 39^0, tętno 120. O godz. 6 rano wystąpiły silne dreszcze.

Krwawienia nie było, stwierdziłem natomiast białe zakażone upławy, wydające bardzo przykry zapach.

W lewym dole biodrowym stwierdziłem nacieczenie, bardzo bolesne na ucisk. Przy badaniu ginekologicznem, również bardzo bolesnem, stwierdza się zmiękczenie szyjki, która przepuszcza koniec palca. W ten sposób rozpoznanie poronienia nie ulegało już wątpliwości. Brzuch wzdęty, wymiotów nie było. Czynność jelit zahamowana, dobowa ilość moczu bardzo mała.

Cały zespół objawów przemawiał za umiejscowioną postacią zapalenia błony śluzowej macicy z lewostronnem zapaleniem tkanki okołomacicznej.

Zakażenia takie wywołują banalne zarazki, pasorzytujące zwykle w pochwie. Drobnoustroje te, zasadniczo nieszkodliwe, o ile nie wychodzą poza obręb pochwy, mogą się stać złośliwemi, jeżeli przenikną do jamy macicznej. Obecność błony sterczącej z macicy do pochwy ułatwia wędrówkę zarazków ku górze. Bakterje pochwowe po przedostaniu się do jamy macicznej wywołują tam gnicie strzępów tkankowych, tworzących materjał dla wydzielin. Ponadto stan anatomiczny błony wewnętrznej macicy po poronieniu przedstawia podłoże bardzo odpowiednie dla obfitego rozmnażania się wszelkich zarazków chorobotwórczych.

Ze względu na objawy osłabienia serca zaleciłem wstrzykiwanie kamfory. Dla uśmierzenia dotkliwych bólów położyłem pęcherz z lodem na brzuch. Ponadto zastosowałem gorące przepłókiwania pochwowe. Zaleciłem również czopki z ichtjolu per rectum.

Po trzech dniach tej terapji gorączka zaczęła nieco opadać, przyczem tętno wykazywało wahania odpowiednio do ciepłoty. Pacjentka jednak nie czuła się dobrze, chociaż bóle zmniejszyły się wyraźnie.

25.XI. po dreszczach z bólami głowy, gorączka podnosi się do 40,2°. Tętno bardzo przyspieszone, niemiarowe. Chora wcale nie przyjmuje pożywienia, wymiotuje. Bóle brzuszne stosunkowo niewielkie. Wzdęcie, bezmocz, zaburzenia psychiczne.

Objawy te były niewątpliwym dowodem początku posocznicy, której przebieg był bardzo ciężki.

Nadal wstrzykiwałem kamforę, gdyż tętno było bardzo słabe i dochodziło do 146 na minutę. Dla przepłókiwań pochwowych używałem Rivanol w roztworze 1 : 3000. Mimo to ilość cuchnącej wydzieliny, sączącej się z narządów płciowych, była bardzo obfita.

Tego samego dnia wstrzyknąłem domięśniowo Yatren-Caseinę mocną. Zastosowałem ten preparat, opierając się głównie na pracach i spostrzeżeniach *Hofbauera,* który go zalecał, jako środek skutecznie zwiększający siły obronne ustroju w przypadkach posocznicy. Niezależnie od tego wstrzyknąłem dożylnie roztwór soli fizjologicznej.

Pożywienie chorej składało się z potraw lekkostrawnych, odpowiednio do ograniczonej tolerancji przewodu pokarmowego: gotowane ryby, kilka jajek, śmietana, stanowiły podstawę pożywienia, które urozmaicano i zwiększano potem ilościowo w miarę jak stan chorej się poprawiał.

Następnego dnia ponowne wstrzyknięcie Yatren-Caseiny, przepłókiwania i t. d. oraz wywołanie sztucznego ropnia (obscès de fixation) na prawem udzie.

Jak wiadomo, *Fochier* z Lyonu był pierwszy, który opierając się na ustąpieniu objawów posocznicy w przypadku wytworzenia się umiejscowionego ropnia, zalecił podskórne wstrzykiwania olejku terpentynowego dla sztucznego wywołania ropnia. Pomyślne działanie lecznicze takiego ropnia może zależeć albo od bezpośredniego działania fagocytarnego leukocytów zbierających się w tym ropniu, albo też od przeciwciał wytwarzanych przez te leukocyty. W każdym razie metoda ta zyskała szybko wielu zwolenników.

W październiku 1934 r. w „L'avenir Médical" ukazała się bardzo ciekawa obszerna praca, omawiająca szczegółowo zagadnienie wytwarzania sztucznego umiejscowionego ropnia w przypadkach posocznicy. Autor zaleca następnie otwieranie ropnia. Osobiście ropnia nie otworzyłem, przypuszczając, że z biegiem czasu ulegnie on powolnemu wchłonięciu.

Następnie wstrzykiwałem co drugi dzień Yatren-Caseinę. 4.XII. chora otrzymała ostatnie wstrzyknięcie, gdyż nazajutrz ciepłota opadła do normy. Chora zaczęła się coraz lepiej odżywiać i stan jej poprawiał się z dnia na dzień. 8.XII. chora mogła już podnosić się o własnych siłach i po jeszcze kilku dniach została wypisana ze szpitala jako zupełnie wyleczona.

Zdaję sobie doskonale sprawę, że jeden przypadek nie upoważnia do wyciągania dalej idących wniosków. Mimo to jestem zdania, że powyższe postępowanie lecznicze, jako wyróżniające się dobrą tolerancją i łatwe w wykonaniu, zasługuje w odpowiednich przypadkach na wypróbowanie.

CZAROWNICE.

Pogląd, że najwstrętniejsze zbrodnie średniowiecza—procesy czarownic—zależały wyłącznie od głupoty i zaślepienia sędziów i ich współtowarzyszy, nie da się już obecnie utrzymać. Nienawiść i zemsta, straszliwy sadyzm, obrzydliwy seksualizm i chęć zysku, jak również strach, głupota i choroby umysłowe oskarżycieli—oto najważniejsze czynniki tych przestępstw. Pierwsze wzmianki o czarownicach znajdujemy w glossach pochodzących z XI wieku, pierwsze zaś prześladowania miały miejsce w Pyrenejach około r. 1330. Około r. 1400 spotykamy czarownice w Alpach. Oskarżanie czarownic wzmogło się w niesłychany sposób pod wpływem „Młota czarownic", książki *Sprenger'a* i *Institoris'a*, która ukazała się w r. 1487. W strasznej tej książce autorzy opisali szczegółowo sabbat czarownic, zaloty djabłów i wszelkie przestępstwa przypisywane czarownicom. Przed „Młotem czarownic" ukazała się w r. 1484 bulla papieża Inocentego VIII: Summis desiderantes affectibus, w której zwrócono uwagę na kacerski charakter czarów. Z tego właśnie względu autorzy „Młota" umieścili tę bullę na początku swego dzieła. Już samo podanie w wątpliwość istnienia czarownic uważa się w tej książce za herezję. Jednakże już w tym samym czasie spo-



Czarownica naciera się magiczną maścią przed lotem. Teniers.

tykamy również i wśród teologów światłe i niezależne umysły, którzy jak *Lanzkranna* w r. 1484, wiarę w wędrówki czarownic uznawali za głupotę. *Erazm z Rotterdamu* i *Reuchlin* w przeciwieństwie do *Luthra, Melanchtona* i nawet *Paracelsa* nie wierzyli w czarownice. Należy, coprawda, przyznać, że *Luther* nie uznawał zdolności czarownic przyjmowania innych kształtów ani też ich lotów lub jazdy, a wierzył jedynie w szkodliwość czarów. Najważniejsze oskarżenia przeciwko czarownicom — mężczyźni o wiele rzadziej zajmowali się czarami — były następujące: czarownice bluźniły Bogu i modliły się do szatana, z którym zawierały pakt, podpisany własną krwią, następnie oskarżano czarownice o mordowanie dzieci, których tłuszcz stosowały dla wytwarzania swych magicznych maści. Czarownice zatruwały i opętywały ludzi, których chciały zgubić, rzucały czary na bydło, sprowadzały grad na pola uprawne i sady, zsyłały plagi szarańczy, żab i żmij. Złe chmury, niepogoda, burze, gwałtowne wichry, zniszczenie żniw, nieurodzaj — wszystko to mogło być dziełem czarownic.



Palenie czarownic 1574 r.

Według legendy średniowiecza sabbat było to święto powtarzające się okresowo, na które czarownice przybywały masami ze wszystkich stron. Przyjeżdżały one na różnych potworach lub na miotłach. Niektóre zachowywały swą naturalną postać, inne przemieniały się w zwierzęta. Tajemnicza maść czarownic sprawiała, że przyjeżdżały one z najodleglejszych okolic z szybkością błyskawicy. Pod ochroną ciemności lub przy świetle księżyca rozpoczynała się uroczystość ku czci djabła: oddawanie hołdu szatanowi, przedstawianie nowych czarownic, które świeżo podpisały pakt, uczta, pijatyka, orgja, śpiewy i tańce i, jako uwieńczenie całej ceremonji, stosunki płciowe wszystkich uczestników.



Sigillum diaboli

Pakt z djabłem dawał czarownicy prawo przyjmowania udziału w sabbacie; w tym celu djabeł dawał jej białą laskę z czarnym końcem oraz puszkę z djabelską maścią, która się nigdy nie zużywała. Maść ta służyła do smarowania czarodziejskiej laski. Czarownica siadała na tym kiju jak na koniu i w jednej chwili przenosiła się na miejsce zebrania.

(Dok. nast.).

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

Poronienia nawykowe.

W przypadkach poronień nawykowych, których przyczyny przeważnie nie możemy jeszcze wykryć, próbujemy podawać jod, żelazo, wapń oraz witaminy w znacznej ilości. W odpowiednich przypadkach stosuje się również wstrzykiwania nieswoistych preparatów białkowych, a zwłaszcza wstrzykiwania surowicy ciężarnych. Doniesienia o skuteczności stosowania hormonu ciałka żółtego przy poronieniach nawykowych są tak zachęcające, że zawsze należy jako pierwszy zabieg leczniczy dokonać próby podawania tego hormonu.

W rozpaczliwych przypadkach, niereagujących na żadne stosowane leki, autor na podstawie empirycznie osiągniętych wyników radzi wstrzykiwać dożylnie Neosalvarsan i to nawet wtedy, gdy nie stwierdzamy żadnych objawów kiły i nie mamy nawet powodów przypuszczać kiłowego podłoża poronień. Dawka Neosalvarsanu powinna wynosić 0,3 — 0,45 g; jednocześnie stosuje się również i bizmut, przyczem w odróżnieniu od zwykłej kuracji przeciwkiłowej przerwy między wstrzykiwaniami powinny być dłuższe. Wstrzykujemy przez cały czas ciąży i zaprzestajemy wstrzykiwań dopiero na krótko przed rozwiązaniem. Leczenie wstrzykiwaniami Neosalvarsanu należy jednak rozpoczynać dopiero wtedy, gdy pacjentka napewno jest już w ciąży.

Dr. G. Schwarz, Köslin.
(Ztbl. f. Gyn. 1934, Nr. 36).

Leczenie gruźlicy Vigantolem.

Autor leczył Vigantolem przypadki gruźlicy płuc, gruczołów chłonnych i skóry. Przeciętna dawka dobowa wynosiła 3 — 5 kropel Vigantolu w oliwie. Po 4 — 6 tygodniach zarządzono przerwę od 2 do 3 tygodni. W poszczególnych przypadkach chorzy otrzymywali również wapń. We wszystkich przypadkach autor stwierdził poprawę stanu ogólnego. Miejscowa poprawa była przy gruźlicy kości, skóry i gruczołów wyraźniejsza niż przy gruźlicy płuc. Okazało się przytem, że przypadki gruźlicy płuc, powikłane gruźlicą gruczołów chłonnych z przetokami, lepiej reagowały na Vigantol niż czysta gruźlica płuc. Pod wpływem Vigantolu ilość wydzieliny sączącej się z przetok zmniejszała się, a w poszczególnych przypadkach również i sama przetoka ulegała zasklepieniu.

Dr. Hussa,
Zakład Karny w Gracu.
(Wien. med. Wschr. 1934, Nr. 36).

Leczenie insulinowe przy odmawianiu przyjmowania pożywienia u schizofreników.

Na oddziale psychjatrycznym szpitala w Sibenik od połowy 1933 roku wszystkich chorych odmawiających przyjmowania pokarmów leczy się wstrzykiwaniami insuliny. U 7 chorych schizofrenicznych (4 przypadki katatonji, 2 paranoi i 1 hebefrenji) leczenie to zostało bez wyjątku uwieńczone powodzeniem. W przypadkach rozpoczynającej się dopiero odmowy pożywienia już pierwsze wstrzyknięcie insuliny w dawce 20—40 jednostek przyczyniało się do zaniechania głodówki i dobrowolnego przyjmowania pokarmów, w przypadkach zaś dłuższej abstynencji potrzeba było kilkodniowego leczenia i zastosowania większych dawek (30—60 jednostek na dobę). Objawy hipoglikemiczne, które występowały pod wpływem insuliny, można było szybko przytłumić zapomocą adrenaliny i cukru gronowego. Nawrotów odmowy pożywienia dotychczas, to znaczy po upływie 3—13 miesięcy, nie spostrzegano.

Dr. Br. B. Kurajica, Sibenik.
(Lijecn. Vjesn. 1934, Nr. 9).

Znieczulenie sromne przy prawidłowym porodzie.

Autor stosował znieczulenie nerwu sromnego zapomocą Novocainy w 50 prawidłowych porodach. Zwłaszcza u pierwiastek działanie tego znieczulenia (w okresie wydalania) okazało się bardzo dobre. Bóle przy przechodzeniu były mniejsze, tkanka krocza i sromu stawała się elastyczniejsza, co skracało czas wydalania.

Znieczulenie sromne przeważnie chroni skutecznie przed pęknięciem krocza. W odpowiednich warunkach można dokonać episiotomji. W 20% przypadków znieczulenie okazało się niedostateczne z powodu trudności anatomicznych, słabej dyfuzji, względnie zbyt małego stężenia, wobec czego stężenie Novocainy z początkowego stężenia wynoszącego $^1/_2$% zwiększono na 1% i wreszcie na 2%.

Również i silniejsze stężenia nie wykazywały absolutnie żadnego ujemnego wpływu na czynność porodową.

Dr. A. R. Ferrari.
(Sem. Méd. 1933, Nr. 33).

W sprawie leczenia chorób narządu moczo-płciowego zapomocą Trypaflaviny.

Przy leczeniu rzeżączki u mężczyzn zapomocą dożylnych wstrzykiwań Trypaflaviny nie wolno zaniedbywać jednoczesnego starannego leczenia miejscowego. Wstrzykuje się dożylnie 5 do 10 lub nawet więcej cm^3 $^1/_2$ — 2%-owego roztworu; wstrzykiwania powtarza się co dwa lub trzy dni.

Ogółem kuracja składa się z 10 — 15 wstrzykiwań, przyczem nie należy przekraczać pojedyńczej dawki 0,01 na kg wagi pacjenta. Oprócz tych wstrzykiwań dożylnych autor stosuje w przypadkach rzeżączki jak również nieżytów cewki moczowej i zapaleń pęcherza moczowego wstrzykiwania $^1/_4$ — 2%-owego roztworu*) do cewki moczowej oraz przepłókiwania roztworami 1 : 10000 do 1 : 3000. Silniejsze stężenia są przeciwwskazane, gdyż mogą wywołać zwężenie cewki. Co się tyczy stosowania dożylnego, to przy bardzo powolnem wstrzykiwaniu przykre objawy działania ubocznego, jak osłabienie, zawroty głowy, dreszcze, zaburzenia oddechowe i wymioty zdarzają się jedynie wyjątkowo. Dla uniknięcia tych objawów można przed wstrzyknięciem Trypaflaviny podawać zapobiegawczo 0,25 g rezorcyny.

Dr. Birnbaum, Norymberga.
(Dtsch. med. Wschr. 1934, Nr. 9).

*) Inni autorzy nie stosują tak znacznych stężeń z obawy przed zwężeniami.

Nowy odczyn surowiczy na gruźlicę.

Do nowego odczynu surowiczego stosuje się wyciągi alkoholowe, które oprócz związków z serc wołowych zawierają również wyciągi z laseczników gruźliczych. Praca odbywa się w trzech serjach. Do jednej, dla wzmocnienia odczynu, dodaje się jeszcze nieco antygenu. Dotychczasowy materjał autora składa się z 800 badań, przy których nowy odczyn wykazał swą wielką wartość różniczkowo-rozpoznawczą i rokowniczą.

Dr. E. Meinicke.
(Dtsch. med. Wschr. 1934, Nr. 48).

Leczenie przewlekłego nieswoistego zapalenia szpiku kostnego zapomocą Neosalvarsanu.

Autor omawia historje chorób 6 pacjentów cierpiących na przewlekłe zapalenie szpiku kostnego i leczonych z pomyślnym wynikiem zapomocą wstrzykiwań Neosalvarsanu. Przeciętnie poprawa występowała po 3 wstrzyknięciach, czyli po 1 — 1,5 g Neosalvarsanu. Dawka ogólna wynosiła 4—5 g. Pod wpływem kuracji ropienie ustępowało i rany zamykały się. W trzech przypadkach nie udało się jednak uniknąć zabiegu chirurgicznego. Autor nie rozstrzyga pytania, czy w niektórych przypadkach zapalenie szpiku nie było pochodzenia kiłowego. Odczyn Wassermanna był we wszystkich przypadkach ujemny.

Dr. N. Onaca.
(Cluj. Med. 1933, Nr. 10).

Leczenie stanu padaczkowego.

Autor opisuje przypadek dotyczący chorego na padaczkę, u którego jeden z napadów trwał tak długo i przybrał takie natę-

żenie, że należało rozpoznać typowy ciężki status epilepticus. Chorego tego udało się uratować dzięki wstrzyknięciu 5,5 cm^3 Coraminy. Dalsze leczenie polegało na domięśniowem wstrzyknięciu 3 cm^3 20%-owego roztworu Luminal-Natrium oraz na podskórnem wstrzyknięciu 1 cm^3 kofeiny. Autor wspomina następnie o spostrzeżeniach *Salernie'go* (Minerva Medica 1934 tom 1, Nr. 10, str. 324), który u chorych, wykazujących objawy odurzenia już pod wpływem wstrzyknięcia 0,15 g Luminalu, mógł przy jednoczesnem stosowaniu Coraminy bez żadnej obawy zwiększać dwukrotnie dawkę Luminalu.

Dr. F. E. Kunze,
Zakład Leczniczy w Illenau.
(Münch. med. Wschr. 1934, Nr. 37).

Związki purynowe i diureza salyrganowa.

Autor opisuje dwóch chorych dotkniętych bardzo dużemi obrzękami. Salyrgan wywoływał początkowo u tych chorych bardzo obfitą diurezę, która jednak z biegiem czasu stawała się coraz słabsza, aż wreszcie moczopędne działanie Salyrganu zawiodło zupełnie. Wówczas autor podał chorym w ciągu 3 dni 3 razy dziennie po 0,5 theacylonu, poczem ilość oddawanego moczu zwiększyła się nieznacznie. Jeszcze ważniejszą była przedewszystkiem ta okoliczność, że wznowienie wstrzykiwań Salyrganu dało znowu całkowity efekt moczopędny. Taki sam wynik osiągnięto u trzeciego chorego zapomocą diuretyny, prawdopodobnie dlatego, że należy ona, podobnie jak theacylon, do grupy związków purynowych.

Dr. H. E. Meyer,
Poliklin. Chor. Wewn. w Heidelbergu.
(Therap. d. Gegenw. 1934, Nr. 7).

Evipan.

Spostrzeżenia, które poczyniłem ze środkiem nasennym Evipanem, mogę określić jako nadzwyczaj pomyślne. Działanie ujawnia się bardzo szybko, a następnego dnia pacjenci nie odczuwają absolutnie żadnych dolegliwości, występujących zwykle po zażywaniu środków nasennych. Czas działania nasennego jest stosunkowo krótki i z tego względu można zażywać Evipan nawet późno w nocy.

Prof. de Crinis,
Klin. Neurolog. w Gracu.
(Ther. Ber. 1935, Nr. 2).

W sprawie błonicy.

Surowicę błoniczą stosuje się niestety jeszcze ciągle w przeważającej ilości przypadków podskórnie. Bardzo wielu lekarzy nie zdaje sobie sprawy z różnicy działania wstrzykiwań podskórnych, domięśniowych i dożylnych. Autor rzadko kiedy wstrzykuje mniej niż 20.000 jednostek i uważa, że swe nadzwyczaj pomyślne wyniki leczenia błonicy zawdzięcza stosowaniu dużych dawek oraz dożylnemu sposobowi wstrzykiwania. W ciągu swej prawie dwudziestoletniej działalności lekarskiej, mając do czynienia z bardzo obfitym materjałem chorych błoniczych, autor stracił na błonicę zaledwie 9 dzieci, przyczem 1 dziecko zmarło z powodu zastosowania normalnej surowicy końskiej zamiast swoistej surowicy błoniczej, do czego skłoniła autora praca *Bingla* „O leczeniu błonicy zwykłą surowicą końską" (1918). Pytanie, czy należy stosować dawki największe, nie jest jeszcze, pomimo ożywionej dyskusji, ostatecznie rozstrzygnięte. Dolędźwiowe wstrzykiwanie surowicy błoniczej zasługuje na większe niż dotychczas stosowanie i wskazane jest przede-

wszystkiem w tych wszystkich przypadkach. w których stwierdza się oznaki działania toksyn błoniczych na ośrodkowy układ nerwowy.

Dr. S. Wolff,
Szpital dla dzieci w Eisenach.
(Münch. med Wschr. 1933, Nr. 46).

Gorączka maltańska i zakażenie Banga.

Autor leczy z pomyślnym wynikiem gorączkę maltańską i zakażenie Banga zapomocą szczepień oraz codziennych wstrzykiwań Solarsonu w wzrastających dawkach. Zupełne wyleczenie osiągano przeciętnie po 10 wstrzyknięciach szczepionki i po 36 wstrzyknięciach Solarsonu.

Dr. C. Stein, Sevilla.
(Dtsch. med. Wo. 1933, Nr. 48).

Stosowanie Novocainy przy bolesnych nerwicowych schorzeniach przełyku.

U 5 chorych, skarżących się na bóle o cechach nerwicowych w przełyku z paleniem i drapaniem w dolnym odcinku, bóle ustąpiły po zażyciu małemi łykami 0,05 — 0,25%-owego roztworu Novocainy (1 łyżka od herbaty kroplami).

Dr. Laquer, Termes (Azja).
(Ztrbl. f. Landärzte 1934, Nr. 40).

Leczenie zgorzeli.

Chory ma lat 75. Od dwóch lat znajduje się pod moją opieką z powodu ogólnej miażdżycy, a zwłaszcza z powodu zmian zgorzelinowych na obu stopach; zgorzelina rozwija się na podłożu zarostowego zapalenia tętnic (Endarteriitis obliterans). U pacjenta tego mogłem stwierdzić znakomite działanie lecznicze hormonu krążenia, Padutiny. Z biegiem czasu wytworzyło się na prawej pięcie owrzodzenie zgorzelinowe wielkości dłoni, na lewej zaś nodze sprawa chorobowa objęła pierwsze trzy palce i zniszczyła je do tego stopnia, że palce te dosłownie prawie odpadały. Chory miał często wysoką gorączkę, był jakby odurzony, oddawał mocz i stolec pod siebie. O amputacji nie mogło być mowy z powodu objawów daleko posuniętego zwyrodnienia mięśnia sercowego.

Mniej więcej od roku chory otrzymuje codziennie po 3 krople Padutiny doustnie. Owrzodzenie na prawej pięcie oczyściło się zupełnie i zamknęło się, pozostawiając ubytek wielkości zaledwie 2 groszy. Trzy zgorzelinowe palce lewej nogi uległy całkowitej mumifikacji. Stwierdza się ostry wał ziarninowy na granicy między zdrową i chorą tkanką. Należy się spodziewać, że w ciągu najbliższych tygodni schorzałe palce gładko odpadną, albo będzie je można bez trudu oddzielić i w ten sposób stanie się możliwe oczyszczenie i wyleczenie owrzodzenia również i na lewej kończynie. Już od 9 miesięcy pacjent nie gorączkuje, ma dobry apetyt i dobre samopoczucie i może o własnych siłach chodzić po pokoju. Zaburzenia ze strony pęcherza moczowego i kiszek ustąpiły bez śladu. Występujące od czasu do czasu zawroty głowy u 75-letniego człowieka, dotkniętego ciężką miażdżycą, są zjawiskiem zupełnie zwykłem.

Pacjent zawdzięcza swe życie niewątpliwie wyłącznie Padutinie, gdyż jedynie dzięki niej udało się uniknąć operacji i powstrzymać postępowanie ciężkiej sprawy zgorzelinowej.

Dr. M. Benecke, Lipsk.
(Ther. Ber. 1935, Nr. 1).

600 przypadków uśpienia zapomocą Avertiny i gazu rozweselającego.

Dotychczasowe spostrzeżenia *Desmarest'a* dotyczące kombinowanego usypiania zapomocą Avertiny i gazu rozweselającego obejmują już 600 przypadków. Głównemi wskazamiami są: zły ogólny stan chorego oraz niskie ciśnienie tętnicze, nie zwiększające się pod wpływem odpowiednich leków. Dwa przypadki śmierci zależały właśnie od niedostatecznego uwzględnienia tych okoliczności. Ostrożność jest wskazana również przy przewlekłych zakażeniach, obfitych krwawieniach, żółtaczce i uszkodzeniach nerek. Dawkowanie powinno być ściśle indywidualne. Jako środek prenarkotyczny bardzo dobre usługi oddawał pantopon, zwłaszcza z tego względu, że umożliwiał zastosowanie mniejszej dawki Avertiny. N_2O podaje się mniej więcej w 20 minut po za-

stosowaniu lewatywy avertinowej. Spadek ciśnienia tętniczego, zależny od Avertiny, ustępował w większości przypadków już pod wpływem samego N_2O (+ O_2 !). Chorym z nieco obniżonem ciśnieniem wstrzykiwano tuż przed zabiegiem 1 cm^3 Ephedriny. Po operacjach krótkotrwających stale usuwano Avertinę, która ew. znajdowała się jeszcze w odbytnicy. Wymioty wystąpiły w 12,5% przypadków (8,4% bez środka prenarkotycznego, 15% po pantoponie, 16,5% po morfinie, 12,4% po morfinie z atropiną).

Z pośród 19 chorych z ostremi lub podostremi gruźliczemi cierpieniami płucnemi, tylko u jednego stwierdzono po gastrektomji pogorszenie sprawy płucnej, pozostałych 18 wyleczyło się bez powikłań płucnych. U jednego chorego z zapaleniem wyrostka robaczkowego, istniejąca ciężka grypa płucna z przekrwieniem zakończyła się może nawet prędzej niż się tego można było spodziewać. Dwaj astmatycy znieśli uśpienie bez żadnych powikłań.

Również i u trzech chorych żółtaczkowych przebieg uśpienia był prawidłowy i sprawa zakończyła się szybko zupełnem wyleczeniem. Avertina jest znacznie mniej toksyczna niż eter. W licznych przypadkach stosowano kombinowane uśpienie zapomocą Avertiny i N_2O 2 razy jedno po drugiem w krótkich odstępach czasu. Chorzy zawsze dobrze znosili tę narkozę, która nie powodowała żadnych szkodliwych objawów niepożądanego działania ubocznego.

Dr. Desmarest, Paryż.
(Presse méd. 1934, Nr. 40).

Leczenie ostrego zapalenia migdałków.

Przy ostrem zapaleniu migdałków wskazane są: Aspirina (3 razy dziennie po 0,5 — 1,0 g w gorącej herbacie) i chinina. Lekarstwa w postaci drażetek lub tabletek, jak Panflavina, a dla uśmierzenia bólu Anaesthesina w tabletkach, działają przeważnie znacznie lepiej niż płókanie. Ewentualnie można pendzlować migdałki 2%-owym roztworem Trypaflaviny. W odpowiednich przypadkach stosuje się z powodzeniem Omnadinę, która nierzadko jest w stanie doraźnie przerwać cierpienie. W ciężkich przypadkach osiąga się pomyślne wyniki zapomocą surowic paciorkowcowych oraz autoszczepionek.

Prof. dr. L. Haymann, Monachjum.
(Münch. med. Wschr. 1933, Nr. 2).

Uśpienie evipanowe w praktyce ginekologicznej.

Uśpienie evipanowe oddaje w praktyce ginekologicznej nadzwyczaj cenne usługi. Uśpienie to można przeprowadzić zarówno w klinice jak i w mieszkaniu prywatnem. Przeciętna dawka nasenna wynosi 7 cm^3. Działanie nasenne rozpoczyna się już po powolnem wstrzyknięciu 3—4 cm^3, co przejawia się zwykle głębokiem ziewaniem. Dostateczną głębokość osiąga uśpienie po wstrzyknięciu dalszych 4—3 cm^3. Wybitny wpływ Evipanu-Natrium na ośrodek oddechowy wymaga starannej obserwacji oddechu i odpowiedniego przytrzymania szczęki, gdy zacznie się obsuwać ku dołowi. W głębokiem uśpieniu evipanowem oddech jest wyraźnie powierzchowny; przy przedawkowaniu mogą wystąpić ciężkie zaburzenia oddechowe, a nawet porażenie oddechu. W praktyce autora powikłania takie zdarzyły się dwa razy. Natychmiastowa inhalacja CO_2 usunęła ten niepokojący stan. Od czasu, gdy autor nie stosuje więcej niż 7 cm^3 Evipanu-Natrium, zaburzenia oddechowe nie występowały już wcale. Dawkę 7 cm^3 można zwiększyć o 1 cm^3 tylko u silnych, tęgich kobiet. Czas uśpienia evipanowego trwa przy tej dawce około 15 — 20 minut i wystarcza w zupełności dla wszystkich mniejszych zabiegów ginekologicznych (opróżnianie jamy macicznej, skrobanka, rozszerzanie szyjki, próbne wycinki, badanie w uśpieniu). Również i zabiegi położnicze, jak szycie pęknięć krocza, badania ręczne, wydobywanie łożyska, można z powodzeniem wykonywać w uśpieniu evipanowem. Uśpienie evipanowe nie nadaje się natomiast dla wytwarzania stanu odurzenia podczas samego aktu porodowego, a to ze względu na zahamowanie bólów porodowych.

Dr. F. Meder,
Klin. prywatna w Ludwigshafen n. R.
(Zbl. Gyn. 1934, Nr. 8).

Syropy dla diabetyków.

Pacjentom cierpiącym na chorobę cukrową nie można dawać środków na kaszel w postaci syropów, gdyż przetwory te zawierają znaczny odsetek cukru i mogłyby w niepożądany sposób obciążyć gospodarkę węglowodanową chorego. Trudności te udaje się ominąć, jeżeli zamiast cukru zastosować Sionon. Sionon jest to glukoheksyd, występujący w sposób naturalny również i w niektórych roślinach, jak np. w jarzębinie. Wprowadzenie Siononu do lecznictwa jest zasługą *Thannhauser'a*, który zauważył, że tolerancja diabetyków w stosunku do pojedyńczych monosacharydów jest niejednakowa. W przeciwieństwie do cukru Sionon ulega w ustroju chorego na cukier łatwej syntezie na glikogen. Wartość kaloryczna 100 g Siononu wynosi 390, czyli, biorąc praktycznie, dorównywa prawie zupełnie wartości kalorycznej cukru gronowego. Sionon należy wobec tego uważać za środek wskazany dla diabetyków nietylko ze względu na jego słodki smak, lecz również ze względu na jego wartość odżywczą.

W syropach stosowanych w lecznictwie i przeznaczonych dla diabetyków można więc zastępować cukier Siononem. Tak więc np. syrop sulfoguajakolowy dla pacjenta cierpiącego na cukrzycę należy zapisywać w sposób następujący:

Kal. sulfoguajac.	12,0
Sioноni	100,0
Extr. Aurant-fluid.	6,0
Spirit.	10,0
Aq. dest. ad	200,0

Środek na kaszel w postaci syropu z macierzanki zapisuje się dla diabetyków według następującego wzoru:

Extr. Thymi comp.	30,0
Liq. Ammon. caust.	0,6
Kal. bromat.	1,2
Natr. bromat.	1,2
Ammon. bromat.	0,6
Sioноni	100,0
Aq. dest. ad	200,0

Syropy dla diabetyków, przygotowane według powyższych przepisów, wyróżniają się przyjemnym smakiem. I chociaż siła słodząca Siononu jest nieco mniejsza niż cukru, to jednak wystarcza w zupełności, aby syropy na kaszel, przygotowane z Siononem dorównywały pod względem smaku syropom na cukrze.

Sionon stosuje się również dla przygotowywania czekolady, pieczywa i wszelkich słodyczy, przeznaczonych dla diabetyków. Sionon można następnie stosować zamiast Sirup. simpl. we wszystkich miksturach i roztworach dla chorych na cukrzycę. Zamiast 30 g Sirup. simpl. należy zapisywać w takich przypadkach 20 g Siononu.

Dr. A. Richter, Kolonja - Mülheim.
(Ther. Ber. 1935, Nr. 2).

Lupus erythematodes (Wilk rumieniowaty) i jego leczenie „Triphalem", solą sodową kwasu aurothiobenzimidoazolokarbonowego — $C_6H_3N : NH . CSAu . COONa + 2H_2O$.

Czytając prace donoszące o pomyślnych wynikach leczenia gruźlicy skóry „Triphalem" i zachęcona temi wynikami napisałam do firmy „Bayer-Meister Lucius" list z prośbą o nadesłanie mi próbek „Triphalu", dla przeprowadzenia doświadczeń.

Przypadek mój dotyczył pacjentki lat 25, dotkniętej od pięciu lat wilkiem rumieniowatym. Wykwity umiejscowione na lewym policzku, nosie, wewnętrznej powierzchni muszli usznych i owłosionej skórze głowy. Na lewym policzku wykwit w postaci plamy wielkości dłoni dziecka, pokryty drobnemi łuskami, silnie przylegającemi do skóry. Granica wykwitu jest ściśle zaznaczona. Takież same wykwity na nosie, muszlach usznych i owłosionej skórze głowy.

Przed 4-ma laty pacjentka była leczona przez siedem tygodni we Lwowie, bez widocznej poprawy. Przed 2-ma laty leczona przez Klinikę dermatologiczną w Warszawie w ciągu sześciu tygodni. Wykwit z policzka ustąpił bez śladu; na nosie, muszlach usznych i owłosionej skórze polepszenia nie było. Z powodu trudnych warunków materjalnych pacjentka wypisała się z kliniki. Od tej chwili rozpoczęła wędrówkę od lekarza do lekarza. Stosowano różne maści,

wskutek czego nastąpiło pogorszenie w postaci rozszerzenia się wykwitów na nosie i muszlach usznych, prócz tego wystąpił na nowo wykwit na lewym policzku, jak opisałam wyżej.

W sierpniu 1934 roku zgłosiła się pacjentka do mnie. Zastosowałam leczenie *Holländera*, które kontynuowałam z przerwami przez trzy miesiące. Przy tej metodzie nie widziałam żadnego polepszenia. Następnie zastosowałam pewien renomowany wiedeński preparat w postaci zastrzyków domięśniowych w liczbie: 6 zastrzyków à 1 cm^3 i 12 à 5 cm^3 z przerwami 4-dniowemi — bez widocznej poprawy.

Dopiero po zastosowaniu „Triphalu" w ilości siedmiu zastrzyków dożylnych w dawkach wzrastających od 0,001 g — 0,2 g z przerwami dziesięciodniowemi, wykwity wszystkie ustąpiły zupełnie i to bez pozostawienia pigmentacji i blizn.

Poczynione przeze mnie obserwacje wykazały, że „Triphal" okazał po pierwszym zastrzyku wyraźne działanie uczulające w miejscu wykwitów, w postaci większego zaczerwienienia i obrzęku oraz nieznaczne wahania temperatury: 37,4, 37,6, 37,8. Dopiero dalsze wstrzyknięcia spowodowały zmniejszenie objawów zapalnych, jak blednięcie wykwitów i zmniejszenie się nacieczenia, które stawało się stale bardziej płaskie.

Z wyżej opisanego przypadku widzimy, że przy leczeniu gruźlicy skóry jest rzeczą niezmiernie ważną, aby metoda zastosowana działała stopniowo i łagodnie, w przeciwnym bowiem razie może wystąpić uogólnienie procesu chorobowego przez zajęcie skóry całego ciała. Zastosowanie „Triphalu" w tym przypadku miało bezwzględnie dodatni wpływ na przebieg choroby.

Przypadek drugi.

Zastosowałam Triphal w gruźlicy krtani. Wynik był następujący:

Pacjent lat 27. Przed rokiem zachorował. Choroba rozpoczęła się ogólnem niedomaganiem, brakiem apetytu, silnym bólem gardła, chrypką. Leczył się dłuższy czas u lekarzy laryngologów bez widocznej poprawy. Przed paru miesięcami objawy nasiliły się do tego stopnia, iż pacjent nic nie mógł jeść z powodu silnego bólu przy przełykaniu, mówił bardzo cicho, pocił się silnie i osłabł zupełnie. Zgłosił się do laryngologa, który tym razem oświadczył pacjentowi, iż tu już żadne leczenie miejscowe nie pomoże. Po kilku dniach rozpaczy i łez pacjent zgłosił się do mnie. Po dokładnem zbadaniu stwierdziłam co następuje:

Błona śluzowa gardła rozpulchniona, zaczerwieniona, nacieczona, usiana w dużej ilości drobnemi tworami, wielkości ziarn drobnych fasoli, migdałki i brodawki językowe powiększone. Struny głosowe zgrubiałe, jakby nadgryzione. Na tylnej ściance krtani śluzówka nacieczona i zaczerwieniona. Głos b. ochrypły, niski, kaszel szorstki, bolesny. W płucach zmian nie stwierdza się.

Zastosowałam niezwłocznie Triphal w dawkach wzrastających od 0,001 — 0,2, z przerwą 10 — 12-dniową. Wynik był nadspodziewany; po 2-gim już zastrzyku pacjent czuł się znacznie lepiej, pocił się mniej i samopoczucie jego było lepsze, zmniejszyła się także chrypka i ból gardła. Od tej chwili po każdym następnym zastrzyku pacjent się poprawiał. Po 5-ym zastrzyku chrypka ustąpiła zupełnie, głos stał się więcej dźwięczny, pacjent przestał się pocić zupełnie.

Badanie gardła i krtani wykazało: błona śluzowa gardła blada, migdałki zmniejszyły

się, twory opisane wyżej znikły bez pozostawienia śladów; zmiany opisane wyżej w krtani ustąpiły zupełnie po 7-ym zastrzyku w dawce 0,1 g. Obecnie pacjent czuje się zupełnie dobrze, przybrał na wadze; jeszcze zachowuje dietę papkową bez soli.

Na podstawie moich spostrzeżeń, choć tylko nad dwoma przypadkami leczonemi „Triphalem" z bardzo dobrym wynikiem, mogę zaliczyć „Triphal" do cennych i zasługujących na szersze zastosowanie środków w leczeniu gruźlicy, szczególnie skóry twarzy, gdzie chodzi o jaknajlepszy wynik kosmetyczny.

Dr. Natalja Kutówna, Równe.

Leczenie tężca dużemi dożylnemi dawkami antytoksyny oraz narkozą awertynową.

Piśmiennictwo zanotowało dotychczas 16 przypadków tężca, w których w celach leczniczych stosowano awertynę. 5 z tych przypadków mieliśmy na naszej klinice w Marburgu. Obecnie możemy donieść o jeszcze jednym przypadku tężca u 6-letniego chłopca, wyleczonego antytoksyną tężcową przy jednoczesnem zastosowaniu awertyny. Infekcja dostała się do ustroju za pośrednictwem drzazgi, którą chłopiec wbił sobie w okolicę prawego stawu kolanowego; w 10 dni potem rozwinął się w całej pełni tężec, którego pierwsze objawy wystąpiły na 3 dni przed przesłaniem dziecka do kliniki. Szczękościsk, napięcie powłok brzusznych, zupełna sztywność kończyn, kurcz strun głosowych, krtani, przepony, sinica twarzy, piana na ustach wskazywały na ciężkie ogólne zakażenie o niepomyślnem rokowaniu. Ze względu na ciężki stan nie można było dziecka zważyć celem ustalenia dawki awertyny. Przyjęto więc jako podstawę wagę normalną 6-letniego dziecka, która według danych kliniki dziecięcej wynosi 20 kg i podawano na 1 kg wagi 0,08 g awertyny. Podczas snu awertynowego rozcięto i oczyszczono ranę, którą następnie obstrzyknięto surowicą tężcową i nałożono — bez zszywania rany — jałowy opatrunek. Przy trzeciej narkozie awertynowej powiększono dawkę do 0,1 g na kg wagi, a w następstwie dawano po 0,125 g. Jednak nawet przy tak powiększonych dawkach niezawsze udawało się przezwyciężać ataki tężcowe i osiągnąć uśpienie. Dopiero 4-go dnia leczenia nasilenie napadów złagodniało. Siódmego dnia ukazał się w moczu cukier; następnego dnia jednak znaleziono już tylko ślady. Badanie na aceton i na kwas aceto-octowy wypadło dodatnio. Wydzielanie cukru zostało być może spowodowane przez uszkodzenie wątroby pod wpływem awertyny; lecz przyczyną mogła być również nadkwaśność ustroju. W każdym razie wydzielanie cukru było tak nieznacznie, że spowodowało jedynie krótką przerwę w leczeniu awertyną, które postępowało odtąd pomyślnie bez dalszych objawów ubocznych.

Dziecko otrzymało w ciągu 15 dni 52,7 g awertyny i 480.000 (240 cm^3) jedn. antytoksycznych. Podczas pierwszych 4 dni dożylnie (240.000 jedn. antytoks. = 120 cm^3), następnie domięśniowo. Użyto do zastrzyków wyłącznie oczyszczonej, stężonej, 2000-krotnej surowicy tężcowej „Behringa", W moczu od 10-go dnia leczenia począwszy nie znaleziono już cech patologicznych.

C. Hempel,
Oddz. chir. klin. uniw. w Marburgu.
(Klin. Wschr. 1934, Nr. 13).

Redaktor
Mr. Tadeusz Haładewicz

Wydawca:
Dom Agenturowy „REMEDIA"
Warszawski, Fulde i S-ka

Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5. Skrzynka pocztowa Nr. 748.
Cena prenumeraty rocznie zł. 6, półrocznie zł. 3.
Odbito w drukarni „Wzorowej", Warszawa, ul. Długa 20.